



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Consultation générale dans le cadre de l'étude
de l'avant-projet de loi sur les services
de santé et les services sociaux (18)

Le mercredi 21 mars 1990 — No 28

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Comité de travail regroupant des associations provinciales de groupes de femmes	CAS-1735
Confédération des syndicats nationaux (CSN)	CAS-1745
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIQ)	CAS-1755
Regroupement des directrices des écoles universitaires en sciences infirmières du Québec	CAS-1765
Association des centres hospitaliers et centres d'accueil privés du Québec inc.	CAS-1772

Intervenants

M. Jean A. Joly, président

M. Marc-Yvan Côté

M. Remy Trudel

M. Guy Chevette

- * Mme Marie-Claude Desjardins, Comité de travail regroupant des associations provinciales de groupes de femmes
- * Mme Françoise David, idem
- * Mme Diane Lemieux, idem
- * Mme Lise Lamontagne, idem
- * M. Gérald Larose, Confédération des syndicats nationaux
- * Mme Catherine Loumède, idem
- * Mme Diane Lavallée, Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
- * Mme Francine Dufresne, idem
- * Mme Lucie Fortier, idem
- * Mme Marie-France Thibaudeau, Regroupement des directrices des écoles universitaires en sciences infirmières du Québec
- * Mme Olive Goulet, idem
- * Mme Andréa Laizner, idem
- * M. Claude Ouellet, Association des centres hospitaliers et centres d'accueil privés du Québec inc.
- * M. Jean Bernard Breault, idem
- * M. Yves Bédard, idem
- * M. Jacques Hélie, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 250 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires
70 \$ par année pour les débats de la Chambre
Chaque exemplaire: 1,00 \$ - Index: 10 \$
(La transcription des débats des commissions parlementaires est aussi disponible sur microfiches au coût annuel de 150 \$)

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:
Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1060, Conroy, R.-C. Édifice "G", C.P. 28
Québec, (Québec)
G1R 5E8 tél. 418-643-2754

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le mercredi 21 mars 1990

**Consultation générale dans le cadre de l'étude de l'avant-projet
de loi sur les services de santé et les services sociaux**

(Dix heures douze minutes)

Le Président (M. Joly): Bonjour tout le monde, bienvenue à cette commission. La commission est réunie afin de procéder à une consultation générale et de tenir des auditions publiques dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi qui est la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Mme la secrétaire, est-ce que nous avons des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Gauthrin (Verdun) sera remplacé par M. Leclerc (Taschereau).

Le Président (M. Joly): Merci beaucoup. Alors, aujourd'hui, nous entendons le Comité de travail regroupant des associations provinciales de groupes de femmes, la Confédération des syndicats nationaux, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, le Regroupement des directrices des écoles universitaires en sciences infirmières et l'Association des centres hospitaliers et centres d'accueil privés du Québec.

Je vois que le premier groupe, qui est le Comité de travail regroupant des associations provinciales de groupes de femmes, s'est déjà avancé. Alors, bienvenue, officiellement. Je vous rappelle la procédure. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous présenter votre mémoire. Après, la balance du temps est impartie aux deux formations afin de vous poser les questions jugées pertinentes. J'apprécierais si la représentante du groupe pouvait s'identifier et aussi nous identifier les gens qui l'accompagnent.

**Comité de travail regroupant des
associations provinciales de
groupes de femmes**

Mme Desjardins (Marie-Claude): Oui, bonjour. Je voudrais vous dire, en commençant, que notre mémoire vous est présenté par les huit groupes de femmes énumérés à la page 2. Elles sont ici dans la salle avec nous, ce matin. Quatre de ces groupes vous ont aussi remis des mémoires particuliers et seront entendus individuellement par cette commission.

Je voudrais maintenant vous présenter les femmes et les groupes qui vont prendre la parole ce matin: Françoise David, coordonnatrice de l'IR des centres de femmes du Québec; Diane Lemieux, coordonnatrice du Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel; Lise Lamontagne, coordonnatrice du Regroupement des centres de santé des femmes du Québec, et moi-même,

Marie-Claude Desjardins, présidente de Naissance-Renaissance, le mouvement d'humanisation des naissances.

Nous sommes bien conscientes de notre rang dans ce long exercice de consultation. On ne pourra éviter quelques lieux communs avec d'autres présentations, du communautaire surtout. Mais, comme on le disait à la petite école, il n'y a rien comme la répétition pour bien apprendre sa leçon. Cependant, nous avons des choses très précises à vous dire sur la condition des femmes du Québec et sur les effets probables de la présente réforme sur leur santé. Nous espérons que tout n'est pas encore fixé à ce sujet.

Notre présentation va aborder quatre principaux points: d'abord, notre conception de la santé, puis la notion de programmes, troisièmement, la régionalisation et, quatrièmement, nos regroupements, leur légitimité et leur financement.

Je veux commencer en vous racontant un fait presque anodin. Jeudi passé, une militante d'un des groupes de Naissance-Renaissance s'est fait violer à la pointe du couteau dans les locaux de son association, à la fin de sa journée de travail. Vous ne l'avez pas lu dans les journaux du lendemain, car ce n'est pas la tragédie spectaculaire de Polytechnique ou de la rue Laurier à Montréal. Ça fait partie de la vie de tous les jours, c'est presque banal. Mais c'est la même peur, la même violence qui fait qu'une femme ne se sent pas en sécurité ni dans la rue, ni à son travail, ni même dans sa propre maison. Ça a tout à voir avec notre santé. Ça fait directement partie des conditions de vie particulières des femmes qui, quand elles ne passent pas directement sur notre vie, affectent notre état physique et psychique.

Les statistiques disent que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, écart qui tend d'ailleurs à diminuer avec l'entrée massive des femmes sur le marché du travail. Par contre, les chiffres nous disent aussi que certains facteurs qui influencent l'espérance de vie en bonne santé ramènent les hommes et les femmes au même niveau, c'est-à-dire 59 ans pour les hommes, 60,23 ans pour les femmes. Donc, à 60 ans, un homme a une moyenne de 17 ans à vivre dont six avec une activité restreinte et, au même âge, une femme peut compter vivre une moyenne de 22 ans dont 11 ans avec une activité restreinte. Les femmes vivent plus longtemps, d'accord, mais elles meurent seules, pauvres et en moins bonne santé. Ce qui fait dire que les femmes vont utiliser le système de soins plus longtemps, sans compter qu'elles en sont les principales utilisatrices, pour elles et pour leurs enfants,

durant toute leur vie.

Pour toutes ces raisons énoncées plus haut, nous croyons qu'un des objectifs du futur projet de loi doit viser l'atteinte par les femmes de leur autonomie et le respect de leur intégrité physique et mentale. Dans notre conception de la santé, nos actions devraient être guidées par la recherche des conditions favorables au maintien d'une bonne santé. Ça dépasse de beaucoup la simple réduction de nos bobos en tout genre. C'est sûrement plus concret de s'attaquer à des problèmes spécifiques, car on peut tout de suite quantifier les résultats en nombre ou en pourcentage. Je vais vous donner un exemple qui me touche particulièrement: réduire le taux de mortalité infantile en diminuant le nombre de bébés de petit poids. Je doute fortement qu'une orange, un litre de lait et un oeuf par jour pendant quelques mois changent réellement la destinée d'un **tit-cul** de l'est de Montréal ou du fond du **Pontiac**. Ça fait baisser la statistique nationale, mais ça influence très peu la pauvreté, l'isolement, l'effritement graduel de la santé et des conditions de vie des familles québécoises. Je dis **familles**, mais je pense surtout aux femmes et aux enfants, car ce sont elles qui vivent la solitude, les conditions économiques les plus précaires, les lourdes responsabilités familiales, la violence quotidienne, etc.

Donc, agir sur la racine du mal exige une réelle concertation nationale au niveau de l'éducation, de l'emploi, de l'environnement, du revenu, de la santé, etc. Facile à dire, mais pas facile à faire. Ça demande aussi de repenser la prévention, un mot très à la mode. Pour nous, la prévention, ça se traduit en mesures sociales qui permettent de soutenir les individus et leur famille dans leurs démarches de prise en charge individuelle et collective. En ce sens, je veux souligner le travail de nos groupes, notre vision globale de la santé, notre approche communautaire, grandement reconnue et utilisée, mais toujours sous-financée, et, finalement, notre intervention féministe face à l'ensemble des problèmes vécus par les femmes. Merci de votre attention. Je passe le micro à Françoise David, de l'**IR** des centres de femmes, qui va aborder la notion de programmes telle qu'énoncée dans les "Orientations".

Le Président (M. Joly): Madame.

Mme David (Françoise): Bonjour. La question des programmes - même si elle n'est pas contenue explicitement dans l'avant-projet de loi, elle est très présente dans le document d'orientation - on veut vous en parler parce que cette question-là est au moins aussi fondamentale pour nous, et peut-être même plus, que la question de la régionalisation. La gestion par programmes dont on parle dans le document d'orientation implique de déterminer des clientèles cibles prioritaires, d'analyser leurs problèmes, de déci-

der du mode d'intervention, des objectifs à atteindre et des indicateurs de performance. Ce que l'on veut vous dire, c'est que cette approche est contraire à tout ce que nous préconisons dans les groupes de femmes. Pourquoi? D'abord parce que, dans nos groupes, nous recevons toutes les femmes qui se présentent sans nous demander si elles font partie de groupes à risque ou de clientèles prioritaires. Nous estimons que les femmes qui se présentent chez nous sont les seules juges de leurs besoins et des réponses qu'elles désirent. De plus, même si certains de nos groupes travaillent sur des problématiques spécifiques, il n'en reste pas moins qu'on traite les femmes comme des personnes globales, en tenant compte de toutes les dimensions de leur vie et ça a quelque chose à voir avec ce que Marie-Claude vient d'expliquer. Nous conjugons l'aide individuelle, le support, l'accompagnement, l'éducation, l'information, la sensibilisation et l'action collective. Tous ces éléments de notre travail forment un tout indissociable. De notre point de vue, il est aussi important et peut-être plus important de changer les conditions de vie qui influencent la santé des femmes que d'aider les femmes à se changer elles-mêmes. En ce sens-là, les activités d'un centre de femmes, par exemple, ne peuvent se répartir ou se découper en programmes.

Par ailleurs, l'approche programmes telle qu'elle nous est présentée implique que d'autres que nous déterminent à notre place les priorités, les clientèles et les modes d'intervention. Le MSSS élaborera les programmes-cadres et les régions les mettront en application dans chaque région. Ça, ça nous pose un problème majeur. Pourquoi? Parce que, dans nos groupes, ce sont les femmes usagères, participantes, bénévoles, travailleuses, membres de conseils d'administration qui définissent ensemble les priorités et les activités du groupe. Ça permet aux femmes d'exprimer leurs besoins, d'avoir une prise sur l'intervention et de se sentir partie prenante de l'organisme. C'est un processus qui est à la fois éducatif et démocratique, et ce processus, on ne le retrouve pas dans le réseau. Quant à nous, nous y tenons énormément. Dans nos groupes, aussi, l'évaluation des activités se fait collectivement par l'équipe de travail, les bénévoles, le conseil d'administration, l'assemblée générale des membres. Évidemment, nous rendons des comptes à la population et au ministère chaque année.

L'approche programmes va à l'encontre de ce processus d'évaluation. Encore une fois, nous sommes évalués par d'autres, par les régions, en l'occurrence, qui ne s'intéressent qu'à des statistiques. Quelles femmes a-t-on vues? Est-ce qu'on est bien sûr qu'elles font partie de clientèles cibles prioritaires? Combien de femmes a-t-on vues dans une année? Quels résultats quantitatifs a-t-on obtenus? Nous avons une autre conception de l'évaluation parce que nous en

faisons, de l'évaluation. Combien de femmes, oui, quand même, mais surtout quel cheminement les femmes ont-elles fait? Quelles démarches d'autonomie ont-elles entreprises et quels changements sont survenus dans les conditions de vie des femmes?

Nous ne voulons pas être intégrées à la gestion par programmes, que cette gestion, d'ailleurs, s'opère à partir du ministère ou des régions. Les conséquences concrètes de ce type d'approche seront de nous embrigader dans un système où nos groupes seront vite transformés en mini-institutions au fonctionnement rigide, ou nous nous éloignerons de plus en plus de notre approche communautaire, féministe et alternative. Seuls les services de support et d'aide à des clientèles féminines identifiées et ciblées par des planificateurs souvent loin des besoins seront financés. Les établissements du réseau et leurs représentants sur les instances régionales auront beau jeu, parce qu'ils sont bien plus gros que nous, de décider si nos activités correspondent à leurs priorités et aux interventions qu'ils jugent nécessaires. Déjà, des CRSSS et des établissements nous font sentir que nous devons être complémentaires au réseau. L'inverse, bien sûr, n'existe pas. Si le réseau s'accommode bien de l'approche par programmes, nous la jugeons, quant à nous, incompatible avec notre conception de la santé des femmes et avec nos modes d'intervention.

Donc, ce que nous voulons, c'est avoir les moyens de nous développer. Ces moyens-là, ils sont surtout financiers, évidemment, on vous l'a dit et répété depuis de nombreuses années. Ce qu'on veut vous dire cette fois-ci, c'est qu'on veut avoir un financement pour le groupe et non pas pour une série de services enchâssés dans des programmes de services que le groupe donne. Nous demandons aussi que le ministère et le réseau respectent notre légitimité, notre façon de travailler et notre autonomie qui est la meilleure garantie de notre efficacité. En ce sens, nous demandons d'ajouter à la définition des organismes communautaires, à l'article 229 de l'avant-projet de loi, des groupes "qui définissent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches". En retour, bien sûr, nous voulons continuer à collaborer avec tous ceux et celles, dans le réseau, qui considèrent notre travail valable et important. C'est ainsi que nous pouvons être de véritables partenaires pour améliorer la santé des femmes.

Là-dessus, je passe la parole à Diane Lemieux qui va vous parler de régionalisation.

Le Président (M. Joly): Mme Lemieux.

Mme Lemieux (Diane): Bonjour.

Le Président (M. Joly): Bonjour.

Mme Lemieux: Si la richesse et la force du

mouvement communautaire et du mouvement des femmes sont souvent saluées, c'est aussi la source la plus importante de notre vulnérabilité par rapport au réseau public des services sociaux et des services de santé. Les femmes, on en a parlé, à cause de leur condition particulière, se retrouvent avec des différences majeures et les groupes de femmes, aussi, à cause de leur histoire, de leur culture, de leurs pratiques, de leurs objectifs, de leur langage, de leur réalité, sont fondamentalement différents. Pour prendre une image qui est très présente actuellement au Québec, les femmes et les groupes de femmes forment en quelque sorte une société distincte par rapport au réseau public de services de santé et de services sociaux, si bien que, si la régionalisation est une alternative très envisageable pour le réseau public, elle est tout à fait inconcevable pour le réseau des groupes communautaires et des groupes de femmes, et ce, pour plusieurs raisons. C'est un mécanisme qui accentue notre vulnérabilité et qui est très injuste. Je vais essayer de vous en faire la démonstration.

Premièrement, la place des femmes. On sait très bien que, dans notre société, les femmes sont très loin des lieux de décision. C'est aussi le cas du réseau de la santé et des services sociaux. Par exemple, en 1989, on identifiait qu'à peine 19 % des femmes occupaient des postes aux conseils d'administration des CRSSS du Québec. Donc, plus les centres de décision sont importants, moins les femmes sont présentes. La place des groupes de femmes et des groupes communautaires aussi est très mince. On sait que, dans l'avant-projet de loi, plus il y a un phénomène d'entonnoir incroyable, plus on approche des lieux de décision, moins les groupes de femmes et les groupes communautaires sont représentés.

Une autre raison aussi qui pourrait accentuer notre vulnérabilité, c'est, bien sûr, les rapports de forces des établissements entre eux et par rapport à nous, si bien qu'on peut se retrouver devant des démonstrations de ces rapports de forces là, qui vont nous forcer à travestir les besoins des femmes pour pouvoir entrer dans les critères établis. On ne veut pas, on n'est pas prêtes à investir de l'énergie pour établir ces rapports de forces là.

L'autre élément aussi qu'on trouve très injuste, c'est le fait que la régionalisation du communautaire concerne 100 % du communautaire. Quand on regarde le réseau public, on sait très bien qu'il y a une grande partie de l'argent qui est alloué au financement du réseau de la santé et des services sociaux qui concerne la masse salariale, si bien que, dans les faits, ce sera autour de plus ou moins 20 % qui seront amenés à un niveau régional, alors que, pour le niveau communautaire, il s'agit bien de 100 % des sommes qui sont allouées.

Un autre élément aussi, et je pense que Mme David vient d'en faire la démonstration,

c'est le fait qu'on va être soumises à des règles qui sont étrangères à notre fonctionnement et à nos pratiques, qui vont aussi intervenir directement au niveau de nos orientations et qu'il y a le risque, évidemment, d'être le déversoir du réseau public.

Un autre élément important, c'est la question de l'équité régionale. Si des rapports de forces risquent de s'établir dans les régions, ils peuvent être différents d'une région à l'autre. Il se peut que certains groupes de femmes et groupes communautaires sortent gagnants de ce rapport de forces, mais la majorité ne seront pas gagnants. Donc, il risque d'y avoir une différence entre les régions dans le traitement des groupes communautaires, des groupes de femmes et des individus, qu'on ne pourra plus justifier.

Finalement, la raison majeure pour laquelle on pense que la régionalisation est très difficilement applicable dans le cas des groupes de femmes et des groupes communautaires, c'est qu'on en a déjà plein les bras. Nos objectifs sont clairs, on n'a pas nécessairement de problèmes de programmation, de clientèles cibles, d'indicateurs de performance, etc. Nos objectifs sont d'aider les femmes qui sont victimes de situations directement en lien avec leur réalité de femmes. Il y a deux moyens qu'on emploie: donner de l'aide à ces femmes-là et aussi changer les règles du jeu, ce que certains appelleront de la sensibilisation, de la prévention, de l'action sociale, de l'action communautaire. On en a déjà plein les bras et on ne choisit pas d'investir dans ces nouvelles règles du jeu là, qui risquent de nous anéantir. Ce qu'on veut, donc, c'est éviter de multiplier les lieux de décision, avoir, oui, une protection particulière, une espèce d'accord parallèle, pourquoi pas, et rester au niveau du gouvernement central, voir à ce que ce soit avec le gouvernement central qu'on réponde aux besoins des groupes de femmes et des groupes communautaires. Là-dessus, je vais passer la parole à Lise Lamontagne qui va vous glisser un mot sur la question du financement des regroupements provinciaux.

Le Président (M. Joly): Mme Lamontagne.

(10 h 30)

Mme Lamontagne (Lise): Bonjour. Je me suis posé la question, encore une fois: Pourquoi le gouvernement devrait financer les regroupements provinciaux? Et j'ai beaucoup de réponses à vous donner. Les regroupements provinciaux viennent du besoin des organismes communautaires de se regrouper. Ce ne sont pas des regroupements qui sont en l'air; ils sont enracinés à la communauté par la clientèle de chaque groupe membre. Les revendications et les luttes des regroupements sont élaborées aussi par les travailleuses et les militantes qui ont recueilli les besoins exprimés par les femmes participant aux activités offertes par les groupes. Les orientations et les activités des regroupements sont également décidées

annuellement en assemblée générale.

Les regroupements provinciaux jouent plusieurs rôles vis-à-vis de leurs membres, vis-à-vis du gouvernement et vis-à-vis de toute la population. Pour leurs membres, les regroupements font de la recherche, de l'analyse et de la formation qui contribuent à la qualité des activités et des services offerts dans les groupes. Ils sont des lieux d'échange pour briser l'isolement, partager les connaissances, soutenir les membres, ce qui permet de maintenir le dynamisme des groupes. Ils regroupent les centres qui ont la même problématique, permettant de rendre publiques certaines problématiques. Ils sont des lieux de lutte et de revendication communes des membres. Pour le gouvernement, les regroupements sont aussi importants. Ils sont des canaux de communication privilégiés entre les membres et le gouvernement. Ils apportent au gouvernement une information et une analyse sur la situation de la femme. Ils expriment les besoins et les intérêts des femmes face aux politiques gouvernementales et, pour toute la société, les regroupements ont permis d'identifier les problèmes, de les analyser, d'informer la société, de revendiquer des changements.

Je pense que, si, aujourd'hui, la violence conjugale est considérée et reconnue comme étant un problème, c'est parce qu'il y a eu le Regroupement des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale et parce qu'il y a eu le Regroupement des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel. Ils sont les porte-parole de toutes les femmes sur des problématiques spécifiques. Ils font de la sensibilisation et l'éducation de l'ensemble de la population. Ils défendent les droits et intérêts de toutes les femmes. Ils offrent des services de référence. Durant la dernière décennie, la Fédération du Québec pour le planning des naissances a répondu à entre 8000 et 10 000 appels pour la seule question de l'avortement.

Considérant que les membres contribuent déjà au financement de leurs regroupements par leurs cotisations annuelles, considérant que le travail des regroupements provinciaux dépasse largement les services offerts à leurs membres, considérant leur rôle d'interlocuteur privilégié pour le gouvernement, de sensibilisation et d'éducation de la société, nous considérons que cela mérite un financement adéquat. À titre d'exemple, j'aimerais vous rapporter que le Regroupement des centres de santé de femmes du Québec ne reçoit aucune subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux, malgré que nous travaillions directement dans le domaine de la santé et ça, depuis plusieurs années. Nous exigeons que le ministère reconnaisse et considère les regroupements comme représentatifs des membres et porte-parole des besoins et Intérêts des femmes dans leurs domaines respectifs. Nous exigeons un financement pour les

regroupements provinciaux d'organismes communautaires impliqués dans le domaine de la santé et des services sociaux sur la base d'une subvention directement allouée par le ministère. Nous demandons un financement sur la base d'une subvention globale de fonctionnement et non sur des priorités de programmes-cadres, sans faire de distinction entre les types de services, puisque les regroupements travaillent à la fois sur des services directs pour leurs membres et sur des activités visant la sensibilisation, la promotion et la défense des droits. Nous demandons que cette subvention soit effective selon un plan triennal de financement et qu'elle soit automatiquement indexée annuellement. Je vous remercie.

Le Président (M. Joly): Je vous remercie, Mme Lamontagne. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je pense que, ce matin, nous avons devant nous un regroupement extrêmement important de par le nombre et de par les idées qu'il défend aussi. Quant à moi, je le considère comme une présence extrêmement importante à cette commission parlementaire. À la lecture de votre mémoire et, par le fait même, de votre présentation, il y a un certain nombre de points qui sont effectivement des points communs avec ce que nous avons entendu jusqu'à maintenant, en particulier des organismes communautaires. C'est d'ailleurs pour ça, je pense, compte tenu du bien-fondé de vos revendications et de la nature même de ce que vous défendez, qu'une somme assez importante... On n'en a jamais assez, évidemment. Je suis pareil, comme ministre, moi, dans le gouvernement, en disant: Je n'en ai pas assez, vous devriez m'en donner plus par rapport aux autres. Je vous comprends, ce matin, dans votre exposé mais, il faut tout simplement se rappeler qu'il y a plus ou moins 17 000 000 \$ des 47 000 000 \$ aux organismes communautaires qui sont définitivement dans votre rayon d'action. Ça m'apparaît déjà une reconnaissance de première importance par le ministère. Je suis d'autant à l'aise de le dire que ce n'est pas moi qui l'ai fait, mais que ce sont ceux qui m'ont précédé qui l'ont fait.

Évidemment, le thème central de votre présentation, c'est l'autonomie. Je pense que vous l'avez fait valoir avec beaucoup d'éloquence, mais on doit admettre que vous avez votre autonomie et qu'on a la nôtre. Donc, on est face à deux autonomies. L'autonomie des groupes communautaires de décider, si ce n'est pas suffisamment clair dans l'avant-projet de loi, ça va l'être dans le projet de loi. Ce qui était dans les "Orientations" va se retrouver de manière très claire à l'intérieur du projet de loi. Là-dessus, je veux vous rassurer de manière non équivoque. Ça va

être clair dans le projet de loi qui sera déposé à l'automne: l'autonomie des groupes communautaires sera reconnue dans la loi. Donc, si quelqu'un veut changer ça éventuellement, il le fera par le processus législatif, ce qui est toujours un petit peu plus dur.

Évidemment, vous avez l'autonomie de choisir dans quel secteur, dans quel domaine, auprès de quelle clientèle vous voulez oeuvrer. Ça, c'est une autonomie qui est sacrée et qui va demeurer. Mais quand on regarde l'autre côté, il faut admettre aussi qu'à partir de ça il y a l'autonomie du gouvernement ou du ministère, en particulier, de financer ou de ne pas financer, parce que ça ne peut pas être une autonomie d'un côté, puis une obligation de l'autre. Si c'est ça, évidemment, ça crée certains problèmes sur le plan de l'exercice de mes fonctions. C'est ce que je comprends, moi, en tout cas, de la situation. Vous souhaitez une autonomie totale sur vos choix fondamentaux quant aux services que vous voulez dispenser et je suis en parfait accord avec ça. D'autre part, il faut aussi reconnaître, je pense, au ministère sa propre autonomie de dire oui ou de dire non sur le plan de l'attribution des subventions. Je ne sais pas si on partage la même opinion. Là-dessus, j'aimerais vous entendre parce que c'est fondamental. À partir du moment où on accepte ça, comment harmonise-t-on ces deux autonomies? C'est là qu'on va entrer dans une discussion, autant que possible, point par point pour tenter de faire évoluer notre débat et d'en arriver au consensus le plus large possible en respectant l'autonomie de l'un et de l'autre.

Mme Lemieux: On se concerte, voyez-vous. Bon. Le fait que la liberté d'orientation et l'autonomie soient reconnues dans la loi, je pense que c'est un pas. Mais c'est un pas un peu comme le fait que la Charte québécoise des droits et libertés de la personne reconnaisse que, par exemple, la discrimination basée sur le sexe est inacceptable. Alors, oui, c'est un pas en ce sens que, théoriquement, on s'entend là-dessus, mais c'est une autre chose de voir de quoi ça a l'air en pratique. Ce n'est pas parce que la Charte interdit la discrimination qu'il n'y a pas de discrimination. Je pense qu'on s'entend là-dessus. Pour ce qui est de l'autonomie respective des deux acteurs de tout ce système, je pense qu'évidemment on va s'entendre là-dessus. De toute façon, jusqu'à maintenant, le ministère a aussi ses critères pour accorder le financement.

M. Côté (Charlesbourg): Ça, c'est... Je vais y arriver.

Mme Lemieux: Donc, vous exercez aussi votre autonomie de cette façon-là et, soit dit en passant, le ministère ne donne pas de soutien à tous les organismes communautaires du Québec et, lorsqu'il le donne, c'est souvent dans des

proportions, en tout cas, qui sont difficiles à vivre financièrement. Ça ne comble pas une large partie des besoins.

M. Côté (Charlesbourg): On va y arriver.

Mme Lemieux: D'accord.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense que vous reconnaissez qu'il y a une autonomie des deux acteurs: votre autonomie et aussi l'autonomie du ministère, et vous l'évoquez par le fait que le ministère a des critères pour reconnaître un financement à des organismes communautaires. Donc, on va l'aborder, le financement. Il y a donc des critères et je comprends que des organismes communautaires viennent nous dire: Écoutez, là, lorsque vous nous donnez 3000 \$, 5000 \$ ou 10 000 \$ par année, s'il vous plaît, voulez-vous ne pas nous obliger à travailler deux semaines pour remplir vos papiers parce qu'on pourrait faire autre chose de bien plus productif que prendre deux semaines à remplir vos papiers. Je comprends ça. On va finir par la faire, la distinction très nette, parce que ce n'est pas avec 3000 \$ ou 5000 \$ ou 10 000 \$ par année... On peut être très exigeants et combler des besoins très minimums dans certains cas. Donc, il y a une **distinction**, quant à moi, très nette à faire entre ceux qui sont financés de manière très, très légère... C'est presque uniquement une reconnaissance. Ce n'est pas une reconnaissance à l'existence, c'est une reconnaissance, point. Cependant, on est dans des niveaux, ailleurs, où il y a des subventions beaucoup plus importantes. Et lorsqu'on touche les 100 000 \$, les 150 000 \$ ou les 200 000 \$, on est dans une catégorie où, effectivement, ça commence à être des sommes assez importantes.

Si vous étiez ministre, demain matin - à vous entendre, vous en avez les capacités - quels sont les critères que vous pourriez inclure dans la réglementation ou à partir de quels critères pourriez-vous reconnaître le financement des organismes communautaires comme le vôtre? On s'entend bien, là, on oublie les petites subventions, mais on parle de subventions dans des organismes communautaires de 100 000 \$ - 50 000 \$, ça commence à être de l'argent - 200 000 \$, et vous êtes de ces **groupes-là**. Alors, quels sont les **critères** sur lesquels on devrait se baser pour allouer ces sommes d'argent?

Mme David: D'abord, quand on parle de 100 000 \$ ou de 200 000 \$, on parle nécessairement d'organismes communautaires, soit dans des clientèles comme les jeunes ou les femmes, qui font de l'hébergement. Alors, je pense que là on est dans un secteur très spécifique d'organismes communautaires où il y a une quantité d'argent X qui est versée, mais ce n'est pas représentatif de l'ensemble des organismes communautaires. Je

pense que déjà nos consoeurs des maisons d'hébergement ou des maisons pour femmes en difficulté pourront le dire, vous avez des critères basés, entre autres, très simplement sur la quantité de femmes qui sont hébergées, sur le travail qui est fait avec elles. C'est très facile, dans ce contexte-là, de voir si l'organisme répond vraiment à des besoins. Dans le cas de tous les autres organismes - par exemple, nous, on a 78 centres de femmes, les CALACS sont un certain nombre d'organismes - on ne parle plus ni des mêmes montants ni des mêmes critères.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. Oui. Je vous arrête. Faisons la distinction, parce c'est important; je pense qu'on n'a pas réussi à la faire jusqu'à maintenant, puis on **peut** se permettre de la faire avec vous, ce matin. Il existe des critères, actuellement, lorsqu'il y a de l'hébergement. Est-ce que ces critères sont, dans l'état actuel des choses, acceptables? Est-ce qu'on peut les bonifier? Est-ce qu'ils sont trop pointus? **Est-ce** que ces critères peuvent être remis en question et, si oui, comment? On reviendra, dans l'autre volet, à celui qui est entre 10 000 \$ et **peut-être** 100 000 \$, ce qui est peut-être le lot? Qu'est-ce qu'on devrait exiger comme critères?

Mme David: Là-dessus, M. le ministre, je me permettrai de ne pas répondre, mais je pense que ça va être difficile pour les femmes qui sont ici, en avant, parce que nous ne représentons pas ce secteur, et je pense que vous auriez peut-être d'autres occasions... D'ailleurs, les maisons d'hébergement vont venir se présenter devant votre commission parlementaire: alors, je pense que ça serait plus... En tout cas, nous, on préférerait que vous leur posiez directement la question. Alors, est-ce qu'on pourrait parier de tous les autres?

M. Côté (Charlesbourg): Je commence à trouver ça très intéressant, parce que, là, on dit: Ceux qui sont en bas de 10 000 \$, on ne s'en parie pas, mais on parie de 10 000 \$ à peut-être 50 000 \$, 60 000 \$ ou 70 000 \$. Donc, dans votre esprit, ce sont "tous les autres". Quels sont les critères?

Mme David: Je pense que l'immense majorité, d'ailleurs, se situe beaucoup plus à ce niveau-là, si on prend les 1000 groupes financés par le Service de soutien aux organismes communautaires.

M. Côté (Charlesbourg): Les 1500.

Mme David: Alors, vous nous demandez: Si vous étiez ministre, qu'est-ce que vous feriez? Je pense que je commencerais par regarder quels sont les critères actuels et quelle est la réalité actuelle. Je n'ose penser que, par exemple, votre

gouvernement ait accepté, l'été dernier, d'enfin donner un plan de financement triennal aux centres de femmes sans que ce gouvernement ait reconnu qu'il se faisait là un travail intéressant, pertinent, **quæ** beaucoup de femmes faisaient appel à ces centres-là et qu'il y avait certains résultats, mais résultats au sens où nous, on les décrit, c'est-à-dire un processus, un cheminement des femmes vers leur autonomie. Je suis absolument certaine que de nombreux documents ont été écrits sur le sujet, dans votre ministère, pour vous convaincre de donner ce plan de financement.

Ce que je me dis, c'est que je pense qu'il faut d'abord partir de la réalité. Est-ce que, du point de vue du gouvernement actuel, les groupes de femmes que vous connaissez - on va parler de ce que nous, on connaît principalement - répondent aux besoins des femmes? Est-ce que, dans les communautés où ces groupes existent, il y a des femmes qui fréquentent les groupes? Est-ce que ces femmes-là y trouvent une possibilité d'avancement et est-ce que ces groupes-là travaillent réellement aussi à changer les conditions de vie des femmes?

(10 h 45)

Ça, ce n'est pas très compliqué de le savoir. On peut le savoir **paï** les rapports d'activité qu'on vous présente chaque année. On peut le savoir parce que vous avez au ministère des agentes qui viennent régulièrement visiter nos groupes et qui s'informent sur la situation. Elles rencontrent les femmes, elles rencontrent les participantes. Ces mécanismes-là existent déjà. Je pense que, pour nous, le critère fondamental, c'est: Est-ce que l'organisme communautaire est né réellement du besoin d'une communauté? Est-ce que c'est quelque chose qui est parachuté par en haut - par exemple, je fais ici une différence avec les ressources intermédiaires mises sur pied par des établissements - ou est-ce que c'est venu vraiment d'une volonté de la base, de femmes qui, par exemple, se sont regroupées parce qu'elles ont fait l'analyse de leur situation et de la situation des femmes de leur milieu et elles ont **décidé** qu'il y avait là un problème social, un problème spécifique aux femmes et qu'il fallait s'en occuper? Moi, je pense que c'est de là que je partirais. Il **me** semble que ce n'est pas très compliqué parce que vous avez déjà les mécanismes qui vous permettent de le faire.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que je comprends de votre message, parce qu'il ne me reste pas beaucoup de temps - on vient déjà de **m'aviser** et j'ai d'autres questions - c'est que, malgré tout ce qui se passe, ce n'est pas si mal...

Mme David: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): ...actuellement.

Mme David: Malgré tout ce qui se passe, ce n'est pas si mal.

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas si mal.

Mme David: En ce moment.

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas si mal.

Mme Lamontagne: Est-ce que je pourrais vous glisser un mot? Je vous ai entendu parler tantôt des subventions et dire que, là, on allait s'attarder à des groupes qui sont financés entre 10 000 \$ et 70 000 \$, que 5000 \$ de subvention, c'est très peu - on en convient - que ce n'est qu'une reconnaissance du **travail** qui est fait. Alors, je me demande, parce que le Regroupement des centres de santé des femmes du Québec n'est pas du tout financé: Est-ce donc à dire que vous ne reconnaissez pas le travail qu'on fait?

Une voix: Ha, ha, ha!

Mme Lamontagne: Subventionner 5000 \$, vous dites que c'est une reconnaissance; alors, quand c'est zéro, qu'est-ce que ça veut dire?

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, ce n'est pas dans ce sens-là. Je pense que, si vous le prenez dans ce sens-là, c'est que vous le prenez un peu trop pointu, à mon goût. À ce niveau-là, je vous rappellerai un témoignage que nous avons eu hier de deux femmes qui sont parties de **Sainte-Anne-des-Monts**, en Gaspésie, pour venir témoigner devant la commission. C'est peut-être l'un des témoignages les plus intéressants que j'aie entendus depuis le début quant aux organismes communautaires. Elles nous ont d'abord dit que, comme groupe communautaire, l'étincelle qui les faisait travailler était le fait qu'elles devaient quotidiennement s'occuper de leur propre survie. Ça, c'est un témoignage assez intéressant. Si ça vous intéresse, je vous en ferai parvenir une copie parce que je l'ai trouvé très intéressant et on le leur a dit aussi.

Donc, à partir de ça, ce que j'ai exprimé comme opinion tantôt, **c'est** qu'il y a une multitude d'organismes qu'on reconnaît à 3000 \$, 5000 \$ et 10 000 \$, qui sont venus dire ici: Vous nous achalez avec votre paperasse, vos rapports annuels, pour nous donner 3000 \$, 5000 \$ ou 10 000 \$. Reconnaissez-nous et laissez-nous travailler au niveau du champ, et ça se fera. Vous n'avez pas été reconnus jusqu'à maintenant. Il y a une série de critères. Probablement que, si on allait fouiller dans le dossier, on aurait la réponse. Je ne l'ai pas. Évidemment, je ne connais pas les 2100 demandes et **les** 1600 cas qui, chaque année, sont reconnus. Je fais confiance à mes fonctionnaires. S'il y a des choses qui ne marchent pas, on le verra. Mais je vais vérifier, pour ma grande satisfaction.

Je veux juste terminer là-dessus parce que Je sais...

Le Président (M. Joly): S'il vous plaît, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): ...que M. le Président m'avait déjà signifié que je n'avais plus de temps. Je vous ai entendues parler de complémentarité et je trouve ça intéressant. Je trouve ça très intéressant. On peut ne pas **souscrire** ou souscrire pour le domaine public à des objectifs par programmes. On peut se dire: C'est bon pour les autres, ce n'est pas bon pour nous autres. C'est possible que ça ne colle pas directement aux organismes communautaires. L'objectif fondamental n'est pas de dire que, dans nos objectifs de santé, ça doit être du mur-à-mur, y compris pour les organismes communautaires. Quand on parle d'autonomie et de liberté au niveau des organismes communautaires et qu'on veut l'**inscrire** dans la loi, ce n'est pas uniquement pour le plaisir de l'**inscrire** dans la loi, c'est pour que ça ait une existence aussi.

Vous avez parlé tantôt, et c'est là-dessus que je vous pose ma question, que la complémentarité, vous aviez l'impression qu'actuellement c'était uniquement pour les organismes communautaires, mais que ce n'était pas pour les CRSSS. S'il y avait cette complémentarité dans les deux sens, est-ce qu'à ce moment-là on n'est pas dans une situation où, sur le plan des organismes communautaires, on devrait tenir compte d'une complémentarité tout en respectant l'autonomie? Est-ce que ça ne devrait pas être un des critères que le ministère a pour octroyer, sinon la totalité, une partie des subventions?

Mme Lemieux: J'aurais besoin d'une heure, mais je vais essayer de dire ça en deux minutes. C'est sûr que c'est un objectif intéressant qu'il y ait une complémentarité mutuelle, un va-et-vient en ce sens, sauf que je pense qu'il faut être réaliste. Pour être complémentaire et pour être partenaire, il faut avoir des rapports qui s'équivalent.

Je vais donner un exemple très concret. Je suis partenaire de mon conjoint parce qu'il m'écoute, il m'entend, il est prêt à négocier, il est prêt à changer des choses et moi aussi, la même chose. Par rapport au réseau public, on n'est pas dans cette situation. Alors, oui, c'est un beau rêve, la complémentarité, le partenariat, etc., mais, dans les faits, je ne suis pas sûre que les rapports soient suffisamment changés pour qu'on puisse y arriver à court terme, en tout cas. Je vous coupe un peu l'herbe sous le pied, mais c'est ça.

Le Président (M. Joly): Merci. Je vais me permettre de trancher et de souligner que Mme Lamontagne, à l'intérieur du temps qui est dévolu à la formation de l'**Opposition**, pourrait peut-être

glisser une partie de votre réponse.

M. Trudel, député de **Rouyn-Noranda-Témiscamingue** et aussi critique pour sa formation en matière de services sociaux.

M. Trudel: Merci. Oui, vous pourrez très certainement poursuivre la réponse que vous avez commencé à donner et qui demanderait effectivement une heure. On va revenir là-dessus, sur le temps qu'on a dans l'appareil d'État ou que nous n'avons pas pour discuter et échanger sur la véritable problématique, la véritable situation d'au moins 50 % de la population du Québec, vous autres.

Quelques remarques préliminaires. Je suis aussi très impressionné par votre mémoire. Je le suis, et probablement que plusieurs collègues masculins et féminins de cette commission le sont aussi, par les remarques d'entrée de jeu que vous avez faites. Moi qui suis d'une région périphérique où les centres de femmes, les services aux femmes ont été très difficilement acquis, la région de l'**Abitibi-Témiscamingue**, on se retrouve encore avec des situations graves qui ne sont pas - vous avez bien raison - aussi spectaculaires qu'à Polytechnique ou sur la rue Laurier.

Mais moi, j'ai un bureau de comté et je suis toujours inquiet, le matin, parce que ce bureau de comté est assuré par deux femmes. Je vous avoue que je suis inquiet lorsque nous partons. J'ai eu l'occasion d'échanger avec elles et nous avons été obligés de faire installer des mécanismes de prévention, parce qu'il y a comme quelque chose de collectif dans la façon d'être au Québec qui nous fait craindre beaucoup, chacun dans nos vies personnelles. Et aussi, ajoutons à cela qu'encore la semaine dernière à **Val-d'Or**, 14 ans, violée, tuée, laissée sur le bord de la route. 13 ans, un troisième cas, une personne, une femme, dans une institution qui, dans la politique de santé mentale, a été désinstitutionnalisée, elle aussi refusée à l'hôpital, le diagnostic mal fait, est décédée. Obligé d'intervenir pour qu'il y ait une autopsie, parce qu'il n'y avait apparemment rien de particulier dans ce cas. Donc, oui, il y a pour ces 52 % de la population du Québec une situation vraiment particulière et une responsabilité.

Je reviendrai tantôt sur la prise en compte de cette espèce de situation sociale qui est particulièrement dramatique pour une société qui veut que ses citoyens et citoyennes soient tous, à part entière, dans cette société. Est-ce que vous avez l'impression, comme organisme, que vous êtes, quant aux causes que vous défendez, un peu le déversoir de ce que les organismes officiels, **CLSC**, **CSS**, hôpitaux, autres centres, ne peuvent pas faire, que vous ramassez ce qui est le plus difficile avec le moins de moyens, parce que les autres ne savent pas, ne peuvent pas, sont incapables, ou pour toute autre raison que vous pouvez imaginer?

Le **Président (M. Joly)**: Mme Lamontagne.

Mme Lamontagne: Je vais vous parler des centres de santé des femmes, parce que c'est ceux-là que je pense que je connais le mieux. Peut-être que d'autres pourront compléter. Si on est si près du réseau aussi - nos centres de santé offrent des services en santé et, d'autre part, les CLSC en offrent aussi - je pense que, si les centres de santé se sont créés, c'est pour avoir un milieu afin de faire autrement. Il y avait le CLSC qui offrait des services, il y avait les centres hospitaliers qui offraient déjà des services, mais nulle part il n'y avait de la place pour que les femmes puissent exprimer leurs besoins et qu'on puisse répondre à leurs besoins.

Dans ce sens-là, déversoir, je ne sais pas si je le dirais comme ça, mais, pour la création, ça a été beaucoup plus une question de vouloir faire autrement et de vouloir répondre directement à des besoins des femmes qui ont besoin d'être soignées autrement que dans des CLSC et dans des institutions. Aujourd'hui, bien sûr qu'on est un peu les déversoirs du trop-plein des CLSC, du trop-plein des centres hospitaliers, et là, je parle de nos cliniques d'avortement. Régulièrement, les cas sont référés par les centres hospitaliers et les CLSC parce qu'on offre un bon service, mais aussi parce qu'ils savent que notre service est complet et qu'on va prendre le temps d'écouter les femmes qui viennent, qu'il y a un préavortement, qu'il y a un postavortement, qu'il y a un suivi et que les femmes qui travaillent dans les centres de santé sont là pour être, je dirais, à l'écoute des femmes jusqu'à tant qu'elles n'en aient plus besoin, du début à la fin, pas juste pour le moment de l'intervention.

Les établissements du réseau et les CLSC nous confient leurs femmes, je dirais, parce qu'on leur offre un service qui serait plus adapté à leurs besoins que ce qu'eux-mêmes peuvent offrir, en partie, pour les centres.

Mme David: Cela dit, et c'est vrai aussi pour les centres de femmes qui sont, par exemple, affectés par le phénomène de la désinstitutionnalisation, il arrive assez régulièrement, dans nos centres, des femmes à qui il est extrêmement difficile de donner des services parce qu'elles ont des problèmes à fonctionner dans les cadres d'un centre de femmes où il y a, entre autres, beaucoup d'activités de groupe. On n'est pas toujours très heureuses de l'attitude des médecins qui ne semblent pas se donner la peine de se demander si vraiment on va pouvoir faire mieux qu'eux avec les maigres ressources qu'on a. Par contre, on a évidemment une politique d'accueil la plus large possible et jamais une femme ne va rester sans réponse. Si on n'est pas capables de s'en occuper, on va prendre le soin de voir qui, quelque part, peut s'en occuper

et, effectivement, ça, ce n'est pas toujours simple. Mais ça, c'est seulement une partie de la réalité. Il y a aussi ce que Lise vient de dire, le faire ailleurs et autrement, qui nous caractérise beaucoup et qu'on veut garder. C'est pour ça qu'on ne veut pas la gestion par programmes.

Je voudrais juste ajouter quelque chose sur ce qu'on peut appeler nos motivations. M. Côté faisait référence à des personnes qui étaient venues de Sainte-Anne-des-Monts parler d'une partie de leur motivation qui était dans la lutte pour la survie. Je pense que c'est le cas de tous nos groupes. Mais il y a quelque chose qui nous motive bien plus que ça, en rapport avec ce que vous venez de décrire, M. Trudel, comme situation de vie des femmes. Ce qui nous motive profondément, ce ne sont sûrement pas nos salaires, ce ne sont sûrement pas nos conditions de travail et ce n'est pas, non plus, tout le temps la lutte pour la survie, qui est quand même un peu fatigante, vous l'avouerez. C'est qu'il y a devant nous des femmes qui ont besoin de nous. Nous, on aime ça, faire ce travail-là, on veut le faire avec elles, on veut qu'elles aient, elles aussi, le droit de prendre des décisions à l'intérieur de ce travail-là, on veut avoir un rapport avec elles qui est le plus égalitaire possible, on veut lutter avec elles pour changer leurs conditions de vie. Bien, inscrivez-moi ça dans un programme et je vais souscrire à votre programme.

M. Côté (Charlesbourg): L'autonomie du programme.

M. Trudel: L'autonomie du programme. À cet égard, l'économie générale qui devait prévaloir au sein de cet avant-projet de loi, suite aux consultations et au document d'orientation qui avait été préparé, c'est donc de tout bâtir et d'allouer les ressources à partir d'objectifs de santé et d'objectifs de services sociaux. On voit bien qu'il y a de la difficulté à cadrer, en tout cas, que, pour vous, il n'est pas question de cadrer l'action que vous faites auprès des personnes pour lesquelles vous la faites dans la question des programmes-cadres.

(11 heures)

La question étant tellement fondamentale, ne serait-ce qu'en termes de nombre de personnes et, si on fait plus, de la gravité de la situation, il faut que les moyens qui en découlent pour la corriger soient de la même proportion. Est-ce qu'on peut imaginer que les objectifs de santé et de services sociaux et les programmes-cadres établis par le ministère - je reprends votre expression - gérés en région... Toute cette démarche-là ne devrait-elle pas faire l'objet d'une commission parlementaire annuelle, où le ministre responsable viendrait rendre compte du travail qui a été effectué à l'intérieur des programmes institutionnalisés par l'État et les groupes collaborateurs, et les groupes qui font de

la complémentarité, de façon à ce que, pour les groupes de femmes, vous puissiez vous exprimer annuellement, fermement, largement, publiquement sur l'état de la situation et les correctifs à réclamer à l'intérieur de ce qui, éventuellement, serait géré par programmes-cadres? Est-ce que vous pensez que l'idée d'une convocation annuelle d'évaluation du degré d'atteinte des objectifs et du travail réalisé dans chacun des programmes-cadres qui seraient éventuellement mis sur pied au ministère permettrait de retrouver la place que vous cherchez de faire autrement avec des moyens adéquats?

Mme Desjardins: On est d'abord préoccupées par comment vont se faire les programmes-cadres. Qu'on évalue chaque année, ça, évidemment, si l'évaluation est bonne pour nos groupes, elle est sûrement aussi bonne dans l'autre sens. Mais on vient de vous expliquer très clairement, il me semble, que oui, évidemment, des objectifs de santé, mais pas tels que pensés, là, en réduction de problèmes et avec des programmes très précis. On voudrait d'abord des tables de concertation pour penser à ce que seraient les objectifs de santé à atteindre pour les femmes en général. Après ça, on trouvera les actions. L'évaluation, d'accord, mais avant, la première étape: être vraiment consultées pour la mise en place des orientations.

Mme Lemieux: J'aimerais ça me permettre d'ajouter une petite chose. À la limite, je pourrais dire que c'est un mécanisme qui pourrait être intéressant pour le réseau public. Mais, pour le réseau des groupes de femmes, très honnêtement, moi personnellement, dans le cadre du travail que je fais et des femmes qui le font, ce travail-là, aussi, dans les centres, on n'en a pas, de problèmes de priorités. On n'a pas de problèmes d'objectifs. Il y a une seule priorité: venir en aide aux femmes qui sont agressées sexuellement et faire en sorte qu'il n'y en ait plus, d'agressions sexuelles. Ce sera toujours notre priorité. Alors, on est - et je pense que toutes les femmes qui sont ici pourraient en témoigner - dans un contexte d'urgence par rapport aux femmes. Donc, ce mécanisme-là pourrait être très intéressant pour le réseau public, parce que le réseau public doit répondre à un ensemble de besoins. Mais, pour le réseau des groupes de femmes, je ne suis pas sûre que ça va nous permettre d'avancer. C'est clair, ce qu'on a à faire.

Le Président (M. Joly): Mme David.

Mme David: Pour poursuivre ce que Diane dit - c'est fantastique comme on s'entend bien - il me semble que les priorités en ce qui concerne les femmes, vous les avez déjà devant vous et d'ailleurs vous les financez, plus ou moins bien ou plus ou moins mal. Elles sont déjà

connues. Vous n'avez qu'à regarder la liste des groupes qui sont ici ce matin. Il y a aussi quelques autres groupes de femmes financés par le ministère. Vous les voyez, les problèmes des femmes, si on veut, en matière de santé et de services sociaux. Tout ce qui tourne autour de l'humanisation des naissances, de la **monoparentalité**, tout ce qui tourne autour de la violence faite aux femmes, et ça, c'est un problème majeur, l'isolement des femmes, les problèmes de **dépression**, de désorientation, bon, ils sont là, les problèmes.

Des programmes-cadres, ce que ça veut dire, concrètement, c'est qu'une année, quel-qu'un, quelque part, va décider que c'est la violence conjugale - et là, on va avoir des objectifs et des résultats, et des indicateurs de performance - et, trois ans plus tard, on passera **peut-être** à, je ne sais pas, l'humanisation des naissances, et quelque part, un jour, on parlera de l'isolement des femmes. Ça ne tient pas debout, ça, de notre point de vue. Il faut s'occuper, qu'est-ce que vous voulez? de tout en même temps, parce que ça fait partie de la vie d'une seule femme, ça, d'avoir à la fois des problèmes à la naissance des enfants, d'avoir des problèmes de santé, de rencontrer l'isolement - c'est le cas de très nombreuses femmes - et de rencontrer la violence. On ne peut pas traiter ça séparément. Alors, c'est pour ça que, dans notre mémoire, nous, ce qu'on dit, c'est: Faites un programme. Il s'appellera Femmes. Inquiétez-vous pas, on va vous le dire, nous autres, ce qui est prioritaire là-dedans, on va en parler à partir de notre pratique. On n'ira pas chercher ça plus loin que ce qu'on connaît et ce qui est la réalité.

M. Trudel: Juste une petite remarque parce que le temps est écoulé...

Le Président (M. Joly): Malheureusement.

M. Trudel: ...en vous remerciant de ce témoignage et de la façon dont vous nous le dites aussi, en disant que vous êtes, à l'intérieur de la société québécoise, vous aussi une société distincte, en espérant que les mois à venir vous permettront de devenir une société souveraine. Merci.

Une voix: Oh!

Le Président (M. Joly): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Dans la même continuité, lorsqu'on est souverain, ça nous oblige aussi à faire un certain nombre de choses. Il y a aussi des critères à ce niveau-là.

Je dois vous dire que ça a été bien enrichissant. J'aurais espéré avoir une bonne heure additionnelle parce qu'on était partis dans une bonne lancée d'échanges. Je ne me priverai

pas de l'occasion de vous rencontrer à nouveau pour compléter ces informations, parce qu'elles **m'apparaissent** être dans la lignée des saines discussions. Je pense qu'en continuant d'échanger on peut peut-être finir par trouver des ajustements très intéressants. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. À mon tour, au nom des membres de cette commission, merci beaucoup, mesdames.

Je vais demander maintenant aux représentants de la Fédération des syndicats nationaux de bien vouloir s'avancer et prendre place, **s'** vous plaît. S'il vous plaît, j'apprécierai si on pouvait coopérer, nous sommes légèrement en retard.

Alors, bonjour, bienvenue à cette commission. Je pense que je n'ai vraiment pas besoin de vous expliquer la procédure. Vous savez que vous avez une vingtaine de minutes tout au plus pour nous présenter votre mémoire. Par après, il y a une période de questions qui vous seront adressées pendant le temps dévolu aux deux formations. J'apprécierai, M. Larose, si vous pouviez présenter les gens qui vous accompagnent.

CSN

M. Larose (Gérald): Merci, M. le Président. Je vous présente à ma gauche Catherine **Loumède**, présidente de la Fédération des affaires sociales; à sa gauche, Céline **Lamontagne**, vice-présidente à l'exécutif de la CSN, responsable du dossier de la politique de santé; à ma droite, Claude Saint-Georges, conseiller syndical pour la politique de santé; et Jacques Guénette, qui est le **président** de la Fédération des professionnels salariés et cadres du Québec.

Le Président (M. Joly): Merci.

M. Larose: Alors, je remercie la commission de nous avoir invités. Après 20 ans d'exercice et de pratique d'un régime qui a toute son originalité, je pense qu'il est bon de faire le point. D'ailleurs, ces dernières années ou ces derniers mois, plusieurs s'y sont attachés. La CSN a suivi de très près l'ensemble de ces travaux. Aujourd'hui, et en guise d'introduction, je ferais une présentation en cinq points: un mot sur les objectifs poursuivis, un mot sur le modèle qui est le nôtre et les éléments de réforme qu'il pourrait recevoir, troisièmement, un mot sur la décentralisation, quatrièmement, sur la gestion des ressources et une dernière considération sur le ressourcement du système.

La première réflexion, c'est quant aux objectifs des services de santé et de bien-être. On sait que la maladie ou la santé, c'est le résultat d'une dynamique complexe d'éléments de biologie ou d'éléments socio-économiques, culturels et qu'il n'y a aucune technologie médicale qui peut changer de façon permanente le niveau

de santé. Il faut être en mesure d'agir sur les conditions qui produisent la maladie ou qui produisent la santé tels l'emploi, le revenu, les loisirs, l'éducation, l'environnement. On pourrait citer un vieux médecin allemand, Rudolph Vinchow, qui disait que la médecine, c'est une science sociale et que la politique, c'est rien d'autre qu'une médecine à grande échelle. Je salue le Dr Côté.

Alors, d'où l'importance d'avoir aussi et je dirais préalablement un projet gouvernemental de politique de la santé et de bien-être, politique qui pourrait prendre en considération l'ensemble des éléments qui produisent ou la santé ou la maladie, politique qui devrait être supportée aussi par des mécanismes interministériels. Nous pensons que ça devrait précéder toute politique de réforme de notre régime.

Deuxièmement, on pense que le gouvernement doit introduire dans cette politique un objectif qui est systématiquement **passé** sous silence, qui est un objectif d'équité. On sait que notre système a un objectif d'accessibilité, d'universalité, mais il n'est pas évident qu'il poursuive des objectifs d'équité. On devrait, dans cet objectif, forcer toutes les composantes à établir des priorités en fonction des groupes de personnes, des communautés victimes de pauvreté et d'inégalités et donc plus malades dans notre société.

Je n'ai pas à vous faire la description des inégalités de cette province, de sa répartition territoriale. Je pense que ça a été fait à quelques reprises devant vous et il nous faut absolument avoir une stratégie systématique qui vise l'équité devant la santé.

Je sais que devant vous - on en a eu un certain nombre d'échos - nombre de sonnettes, de fausses propositions, beaucoup d'idéologies ont été proposées en provenance de P.-D.G. de compagnies d'assurances ou de porte-parole du patronat ou de la business de la maladie. Je prie la commission d'être capable de demeurer froide et de garder la réalité telle qu'elle se présente.

Les économistes de la santé parlent de modèles et de contre-modèles. Parlons d'abord du contre-modèle. On parle particulièrement du contre-modèle américain qui est en fait un non-système, un "patchwork" qui se révèle le plus coûteux - ça représente 12 % du produit intérieur brut américain - en même temps un des plus producteurs d'inégalités sociales. On sait que ça fait vivre toute une armée de "peddlers", de comptables, de commis, d'avocats, mais ça au détriment de la santé du monde.

Parlons de notre modèle ou des modèles qui ressemblent au nôtre. On peut se rappeler le modèle de la Norvège ou de la Finlande qui vit des conditions similaires à celles du Québec, qui est un régime qui **coûte** parmi les moins chers. C'est un équivalent de 6,3 % ou 6,6 % du produit intérieur brut, régime encore plus **public** que le nôtre, régime encore plus performant au niveau

des indices de santé, régime qui fait appel à un personnel essentiellement salarié, ouvert à l'interdisciplinarité et qui, en même temps, est allié à des politiques sociales plus larges d'emploi et de réduction des écarts.

Vers où on va? C'est mon deuxième point. Nous proposons des réformes qui iraient vers une plus grande cohésion du système et d'un système intégralement public. Nous proposons des modifications au niveau des structures, des transformations des cultures et des mentalités dans les institutions en même temps que nous visons la responsabilisation à tous les paliers.

(11 h 15)

Vous avez raison, M. le ministre, de parler, comme la commission Rochon, d'un système prisonnier d'innombrables groupes d'intérêt parmi lesquels vous avez mentionné les syndicats. Une distraction vous a certainement fait omettre le Conseil du trésor. Je vous dirai que la CSN représente plus de la moitié des salariés dans le réseau, et nous acceptons d'être interpellés. Oui, il y a des mentalités et il y a des comportements à changer, et nous sommes capables d'autocritique. Ce qu'on espère, par ailleurs, c'est de ne pas être les seuls à le faire. Notamment pour la profession médicale, nous pensons sincèrement qu'elle devra accepter de profondes modifications, elle qui a conservé des privilèges ancestraux hérités du passé, mais qui fonctionnent allègrement dans un régime moderne. Cette profession médicale devra devenir imputable des coûts qu'elle engendre et se conformer aux stratégies convenues collectivement. Ça implique d'abord la transformation des modes de rémunération. Deuxièmement, ça implique la désignation des lieux de pratique en fonction des besoins, et non pas en fonction des bassins potentiels de clientèle. Troisièmement, ça suppose et ça implique l'ouverture à l'interdisciplinarité et, quatrièmement, au contrôle des actes posés.

Un mot sur la décentralisation. La CSN préconise fermement la décentralisation, d'abord parce que ça correspond à une certaine qualité de la vie démocratique. Deuxièmement, c'est un élément essentiel à une plus grande efficacité. Très précisément, nous proposons un diptyque décentralisation-centralisation. Décentralisation pour démocratiser le système, pour responsabiliser les personnels, pour être en mesure de trouver constamment une meilleure adéquation entre les ressources et les besoins, en même temps que pour une planification concrète du développement. Ça, c'est la décentralisation que nous visons. Mais, en même temps, le maintien d'une certaine centralisation pour la cohésion du système, pour le développement des stratégies d'ensemble, pour la fixation et le suivi des objectifs, et en même temps la protection de la nature publique du système. La décentralisation, chez nous, ça n'a rien à voir avec la désresponsabilisation ou l'éclatement du système.

Je vous rappelle que nous proposons en

même temps une restructuration qui ferait que sur les territoires il y aurait une porte d'entrée principale, les CLSC, avec toute la gamme de services, tant au plan médical qu'au plan social, qu'au plan de la santé mentale, que du support à la collectivité, ou du support à la communauté; et, derrière, des institutions à vocation précise, des centres hospitaliers, des centres d'accueil, pour rapatrier bon nombre d'actes faits dans les urgences, dans les CLSC et confier à une régie régionale les fonctions de planification, de recherche. Donc, intégration des CLSC et déconcentration des CSS. C'est un peu le modèle qui nous habite.

Comment on pense qu'il devrait fonctionner? D'abord, il faut vous dire, et vous allez vous apercevoir si vous avez lu toute notre littérature, que nous avons jonglé avec un certain nombre de modèles. Celui que nous vous présentons et qui est celui sur lequel, nous pensons, on doit miser, d'abord, c'est le maintien de conseils d'administration dans chacune des institutions. Nous sommes contre un conseil d'administration qui agglomérerait toutes les institutions. Donc, au plan local, un conseil d'administration dans chacune des institutions, élu majoritairement au suffrage universel, avec une minorité de personnes cooptées par ceux qui sont élus et la présence d'une personne représentant le personnel et d'une personne représentant les médecins. J'y reviendrai un petit peu plus tard.

Au niveau régional, ce que nous proposons, c'est un collège composé à 50 % des citoyens provenant des conseils d'administration locaux et à 50 % de représentants de groupes provenant des municipalités, des MRC, provenant des missions gouvernementales dans des régions, des organismes communautaires, des syndicats et des groupes patronaux. Je sais qu'il y a une certaine allergie quant à la présence de représentants du personnel. Nous sommes de ceux qui pensons et qui travaillons à ce qu'il y ait un forum obligé qui développerait la coopération entre les dispensateurs de services et les utilisateurs de services, un lieu obligé d'intégration et d'harmonisation d'abord des informations et aussi des grandes stratégies, mais on pourra y revenir dans le débat.

Quatrième point, les ressources humaines. On sait que la commission Rochon avait été assez sévère ou critique sur le type de gestion massivement répandu dans les institutions. Convenons que les climats de travail sont passablement 'déflaboxés' par les temps qui courent. Une démoralisation, une démotivation, un désintéressement - certains parlent d'un **écoeurement** - la loi 160 n'est venue que se rajouter à un phénomène qui s'était engagé plus tôt. Pour nous, ça s'ajoute d'abord à un manque de ressources, qui pèse d'un poids très important dans les institutions. Deuxièmement, c'est le fruit d'une culture tayloriste existante où les rapports

très hiérarchisés désapproprient les personnes de leur capacité d'intervenir avec motivation. Un autoritarisme destructeur. On retient l'ensemble de l'information, on consulte très peu et jamais on ne fait partie des décisions. En même temps qu'il y a un phénomène objectif d'un manque de renouvellement - et ça nous est donné par un certain nombre d'enquêtes - ... On sait que le "top gun" de la hiérarchie est stable à 74 %; c'est peut-être une preuve de compétence, mais ça peut aussi générer quelques comportements déviants. Au niveau intermédiaire, 80 personnes chargées de la gestion du personnel n'ont **aucune** formation. Il y a là des problèmes importants.

Pour nous, il faut transformer la culture institutionnelle, il faut transformer les rapports de travail, et nous ne croyons pas que les directions dans les institutions soient totalement indifférentes à cette situation. Nous soupçonnons même qu'elles ont beaucoup envie de changer des choses, et c'est là-dessus que nous comptons également. Et nous espérons que les présents travaux et les annonces du ministère devront inviter tout le monde à recréer un environnement de travail valorisant et une mobilisation générale pour rencontrer l'objectif premier, qui est de répondre aux besoins de santé et de bien-être **des** personnes que nous desservons dans le quotidien. À tout le moins, c'est ce à quoi nous voulons travailler.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Larose. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je voudrais d'abord souhaiter à mesdames et messieurs la bienvenue à cette commission parlementaire. C'est certes un des mémoires qui était attendu, compte tenu de l'importance jouée par la CSN dans tout le réseau à travers le Québec. Je suis agréablement étonné du mémoire que vous nous avez présenté très succinctement mais qui en dit davantage à l'intérieur du mémoire, et je tiens à le dire, d'entrée de jeu, parce que ce n'est pas souvent qu'on peut se permettre **dé** le dire, au moins disons-le à ce moment-ci.

Il y a un premier point qui a piqué ma curiosité, malgré le fait qu'on en ait parlé à gauche et à droite sans nécessairement s'y attarder. Première proposition, l'équité. On a entendu parler beaucoup d'équité interrégionale, intrarégionale, depuis le début. On a entendu parler d'accessibilité, d'universalité et on s'est dit: les listes d'attente sont une atteinte à l'accessibilité compte tenu des problèmes qu'a le réseau au moment où on se parle. J'aimerais vous entendre davantage sur **l'équité** parce que, si on retenait votre proposition, on parlerait maintenant, au niveau de la base, d'universalité, d'accessibilité, de gratuité et d'équité. C'est davantage ce que j'ai compris, d'équité des

personnes ayant accès au **réseau**, peu importe leur niveau de revenu. Mais j'aimerais vous entendre un peu plus sur ce qu'on devrait retenir, comment on l'inclut à l'intérieur des principes de la loi et ce que ça a comme conséquence demain.

M. Larose: O.K. Si on superpose deux cartes géographiques du Québec, une qui représente la situation d'emplois, de revenus, de travail, etc., et la carte de la santé, il y a adéquation. Plus t'es **chômeur**, plus t'es dans une zone périphérique à l'emploi, etc., plus t'es malade, etc. Tu peux bien avoir les mêmes institutions que **l'autre** sauf que, objectivement, ça t'en prend plus si tu veux réatteindre le niveau des autres. On peut se donner un exemple. Les commettants et commettantes de la députée Harel ont, en moyenne, une espérance de vie de neuf ans de moins que ceux du député Libman. Et, pour les indices de santé, c'est quatorze ans de moins.

Une voix: Alors, si...

M. Larose: J'aimerais ça vérifier les ressources à la disposition des deux communautés et pas rien que les ressources au niveau des services de santé. Ça m'amène à faire le petit développement que je faisais au début. C'est que, pour nous, même si on est chromés, que ça nous sort par les oreilles et qu'on a des médecins - ce n'est peut-être pas ça qu'il faudrait avoir, mais on est équipés - on pense qu'une véritable politique de santé, c'est une politique qui intègre les éléments producteurs de la maladie. Dans ce sens-là, il faut... C'est pour ça qu'on dit: Oui, c'est important de réfléchir de la manière qu'on le fait à l'heure actuelle, mais ça ne peut pas se faire en dehors d'une autre réflexion qui, elle, devrait être **multiministérielle**, si je puis dire. Ce sont les stratégies globales sur les conditions. Ça existe dans d'autres pays et ça s'adonne qu'au bout de la ligne ça leur coûte beaucoup moins cher, y compris pour leur propre système. Alors, l'objectif d'équité, c'est à la fois, oui, pour ce qu'on discute aujourd'hui... Ce n'est pas vrai qu'en ayant les mêmes ressources pour permettre, entre guillemets, la même accessibilité, compte tenu des besoins objectifs de ces **communautés-là**, on atteindra l'équité.

M. Côté (Charlesbourg): C'est très intéressant et ça rejoint des discussions qu'on a eues dans une autre commission parlementaire au niveau des sages-femmes où, effectivement, les bébés de petit poids étaient davantage dans des régions qui, sur le plan économique, éprouvaient des problèmes très importants et c'est vrai pour toute la grille de services de santé ou de l'état de santé des Québécois. C'est très intéressant.

Vous abordez avec courage le changement des mentalités, plusieurs en ont parlé, et que ça vienne d'une centrale syndicale, de la CSN, qu'on

l'aborde tel quel au moment où on réfléchit sur ce qu'on devrait faire pour changer un certain nombre de choses... Quand on interpelle, ça veut dire qu'on interpelle l'ensemble, le gouvernement, les syndicats, les producteurs de services. On interpelle tout le monde au niveau du changement des mentalités et on admet, donc, qu'il y a un gros changement à faire à ce niveau-là dans tous les dispensateurs de services. On sait qu'au cours de la commission parlementaire les médecins n'ont pas été ceux qui ont été particulièrement choqués par rapport aux interventions. Je pense qu'on en a parlé abondamment.

(11 h 30)

Vous avez abordé la question de l'aspect des ressources humaines. Je ne pense pas que personne, aujourd'hui, après avoir traversé ce que tout le monde a traversé, prétend que le climat est au comble du bonheur dans chacun des établissements. Qu'est-ce qu'on devrait faire, demain matin, comme premier geste dans cette réforme, au-delà de la formation, de plus de formation au niveau des cadres intermédiaires, des cadres supérieurs et de l'allocation des ressources additionnelles? Quel est le premier ou les premiers gestes à poser pour faire en sorte qu'on revienne à un climat acceptable pour tout le monde? Parce qu'au bout de la ligne, à la fois vous autres comme travailleurs et à la fois nous autres ayant la responsabilité de la santé publique, c'est le bénéficiaire qui doit être au centre de nos préoccupations. Qu'est-ce qu'on doit faire comme premier geste au niveau des ressources humaines, comme deuxième geste, comme troisième geste, pour être capable de faire en sorte qu'on revienne à une situation normale ou qu'on en arrive à changer les mentalités de toute la panoplie des services qu'on offre?

M. Larose: Je ne voudrais pas être taxé d'opportunisme, mais, effectivement, si vous me posez la question pour demain matin, je vous dirai que ce qui tue, présentement, c'est la loi 160. Tant et aussi longtemps que cette agression individualisée sera vécue, je pense que les gens vont avoir bien de la misère à développer, je dirais, un sentiment de transformation et de remotivation. À mon avis, pour demain matin, c'est un obstacle très majeur. Plus que ça, je pense qu'il faudra que la direction ou les directions de ministères indiquent que leur choix, eux, vont vers la responsabilisation du monde. C'est précisément dans ce sens que nous, nous proposons la décentralisation. C'est dans la mesure où on implique le monde d'abord en termes d'information, pour que les gens sachent c'est quoi la réalité concrète dans laquelle ils travaillent, à la fois les contraintes, les possibles, etc. Les responsabiliser en termes d'information à recevoir, mais mise à contribution aussi pour l'ajustement des services à faire pour les communautés.

Alors, si c'est par là que ça s'en va, je

vous dirai que, de notre côté, les salariés seront certainement heureux de "recrinker" la machine et de se mettre en route pour, effectivement, procéder à des changements et de mentalité et de comportement.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, on parle de responsabilisation du niveau local, d'un établissement en particulier. Comment **est-ce** que ça peut s'articuler, cette responsabilisation-là? Que le ministère donne plus de pouvoirs au niveau local, au niveau régional? On est dans cette lancée, il faut bien l'articuler pour ne pas commettre d'erreur et faire en sorte qu'effectivement l'autonomie soit plus évidente et plus importante qu'elle ne l'est maintenant. Ça va s'articuler et ça va se faire comment, ça, en particulier dans un centre hospitalier, par exemple? Et lorsque vous dites: Une participation plus importante des travailleurs et des travailleuses au niveau d'un établissement, au niveau d'un centre d'accueil d'hébergement, au niveau d'un centre hospitalier de courte durée. Ça va se passer comment, ça devrait se passer comment?

M. Larose: Je vais demander à Catherine qui est dans ce réseau.

Mme Loumède (Catherine): Nous allons peut-être indiquer que le premier geste à poser serait de faire en sorte que les partenaires qui sont dans les établissements locaux, c'est-à-dire les administrations et le syndicat, cessent de se regarder comme des chiens de faïence et que les administrations commencent à considérer les syndicats locaux comme des interlocuteurs valables. Et je pense que c'est effectivement au niveau culturel qu'on a les plus gros problèmes; ce n'est pas au niveau des pouvoirs, ce n'est pas au niveau de l'autonomie, c'est au niveau des attitudes et des comportements. À partir du moment où vous sentez que votre vis-à-vis ne vous respecte pas ou ne vous écoute pas, vous fermez la porte à tout changement, à tout progrès et à toute réévaluation. Et ça, je pense que, même au niveau des associations patronales, il y a une remise en question à ce niveau-là; il y a même eu des livres qui sont sortis sur les nouvelles philosophies de gestion. Je pense qu'il est comme indispensable que les administrations locales s'asseyent directement avec les organisations syndicales. Et je vous dirais que, dans le projet de loi, ce qui, moi, me chicotait un peu, c'est que, oui, il y a comme une préoccupation d'intervention auprès du personnel, mais rarement on considère les organismes syndicaux comme des interlocuteurs valables alors que, pour nous, il est majeur et indispensable que les informations, que les débats, les évaluations passent par les associations représentatives du personnel. À partir de ce moment-là, oui, il peut y avoir des changements au niveau local.

Première chose, l'information. Des gens qui

ne sont pas informés sont des gens insécures. Ce sont des gens qui se rebutent par rapport à des changements. Et c'est un des problèmes majeurs que nous vivons dans les établissements, le libre accès à l'information. En 1990, il est encore aberrant que des administrations résistent à la circulation de l'information sur la gestion de rétablissement, sur les changements de vocation, sur le type de ressources, l'évaluation des ressources. Et ça, il me semble que ce sont des gestes qui ne sont pas coûteux, qui ne remettent pas en question les droits de gérance, qui n'enlèvent pas du pouvoir aux administrations, mais qui font en sorte que le climat se rétablisse de façon un peu plus normale. C'est ce qui se vit depuis au-delà de cinq ans dans les établissements et, à court terme, ce sont des gestes qui peuvent profiter ou qui peuvent être bénéfiques à tout le monde. Concernant la gestion des ressources humaines et concernant l'allocation des ressources humaines, moi, je pense qu'au niveau des établissements il y a des débats qui peuvent se faire avec le personnel. Et, en termes de choix budgétaires, le personnel, les salariés pourraient être directement impliqués sur les choix budgétaires de l'établissement en termes d'ajout de ressources ou non. Alors, moi, c'est un peu ce que je voulais vous ajouter à ce niveau-là. C'est un problème fondamentalement culturel.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que c'est un problème qui est généralisé?

Mme Loumède: Moi, je vous dirai que c'est un problème qui est assez généralisé. Plus les établissements sont gros, plus les problèmes de relations du travail sont énormes. Ça, je pense que, M. le ministre, vous devez être à même de connaître un peu les dossiers. Le problème principal au niveau des relations du travail, ce sont les administrations. Et là, je ne veux pas donner l'absolution du côté syndical. On connaît nos militants, on connaît les exécutifs. Alors, disons qu'il n'y a personne de blanc ni personne de noir. Mais chose certaine - et, d'ailleurs, toutes les évaluations, les études qui ont été faites pour la commission Rochon le soulèvent - quand il y a des problèmes de relations du travail, il y a des problèmes d'efficacité, il y a des problèmes de productivité et il y a des problèmes de qualité de services. Et ça, il nous semble qu'à court terme - et, quand je parle de court terme, je ne parle pas de demain matin, ça va probablement prendre quelques mois - il y a là matière à modification et il suffit d'avoir un peu de bonne volonté de part et d'autre.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, ce n'est ni par une loi ni par un règlement. Lorsqu'on fait appel au changement des mentalités, c'est davantage un appel aux personnes ou à un pouvoir plus important au niveau local pour être

capable de le faire. Alors, autrement, comment peut-on le faire?

Mme Loumède: Écoutez, moi, je vous parle des problèmes de relations du travail au niveau local. Maintenant, quand on parle d'un projet de loi ou de structures, nous, on parle de décentralisation. Moi, je vous dirais que, sur la collaboration et la concertation des établissements, on va devoir passer par un projet de loi parce que de laisser libre cours à la volonté locale des établissements de se concerter ou pas dans une région, à mon avis, c'est voué à l'échec. Et on le sait. Vous l'évaluez. Vous l'avez analysé. Dans les rapports de la commission Rochon, dans l'avant-projet de loi, c'est même identifié. Il y a des groupes d'intérêt à l'intérieur du réseau, ce qui fait qu'on étouffe. On est identifiés. On va vivre avec ça. On va essayer de changer, mais il y a d'autres groupes qui sont identifiés aussi. "L'hospitalocentrisme" des hôpitaux du Québec, c'est un problème majeur. L'étouffement des CLSC par rapport à leur vocation communautaire versus les hôpitaux, c'est un problème. Il y a des dédoublements de services. Il y a des dédoublements d'allocations de ressources et, dans des régions, il nous semble qu'à travers le projet de loi on doit pouvoir forcer les administrations et les établissements à se concerter, sinon, à mon avis, ça ne sert strictement à rien, ce projet-là.

M. Côté (Charlesbourg): Dans le projet de loi, il avait été choisi comme moyen l'unification des conseils d'administration pour tenter d'éviter des dédoublements et davantage faire de la concertation. Il est évident, après avoir entendu quelque 120 mémoires, que c'est une proposition qui ne passe pas et qui est très majoritairement rejetée. Il serait illusoire de penser que de le mettre dans le projet de loi, ça va donner des résultats demain matin. On en arrive donc à la structure régionale où on s'est dit: Le pouvoir à Québec est peut-être celui qui est le plus mal placé pour déterminer véritablement les priorités de chacune des régions du Québec. Si j'ai bien compris votre présentation, vous n'êtes pas contre une régionalisation des pouvoirs accrus en autant que le central continue d'être le maître d'oeuvre de la politique de santé au Québec et d'objectifs de diminution d'écart de santé. Ça me paraît important et ça doit être ça. Vous avez évoqué, au niveau des conseils d'administration d'établissements, un suffrage universel. Je n'ai pas entendu la même chose au niveau d'une région régionale. Pourquoi, à ce moment-ci, le faire au niveau d'un conseil d'administration d'un établissement, mais pas aller plus loin et dire que le suffrage universel devrait l'être au niveau d'une région régionale?

M. Larose: Nous avons été des tenants du suffrage universel au niveau de la région pendant bon nombre de mois, particulièrement dans les

travaux qui ont entouré la commission Rochon. On ne l'exclut pas, mais on pense qu'il va peut-être venir, ou il sera praticable, le jour où la dynamique au Québec de régionalisation, qui concerne la vie intermunicipale, la vie scolaire, **etc...** Si on a décentralisé au plan des services de santé et des services sociaux, il est **peut-être** pensable que, dans cette dynamique-là, oui, il y ait un suffrage universel. Mais on ne pense pas que, si on y arrivait, si on commençait par ça, qu'on frapperait des résultats très emballants. On aime mieux l'inscrire dans une démarche, je dirais, de démocratisation et d'exercice de la démocratie qui pourra, un jour, peut-être, arriver au suffrage universel, mais, pour l'instant, on irait davantage en interpellant les groupes socio-économiques en même temps que les personnes déjà choisies par le suffrage universel dans chacune des institutions.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce qu'on peut **parler** de suffrage universel sans pouvoir de taxation?

M. Larose: Oui. Nous, on a quelque 5000 lieux de choix dans notre structure syndicale, et il y a un seul lieu où se détermine la cotisation, c'est l'assemblée générale.

M. Côté (Charlesbourg): Parce que l'expérience des commissions scolaires donne un taux de participation qui n'est pas très élevé par rapport au niveau municipal, où le pouvoir de taxation est beaucoup plus important. Il y a une tendance à vouloir dire que, s'il n'y a pas un impact, un lien financier, le niveau d'intéressement est moins grand. Et, quand on parle de suffrage universel, c'est bien sûr pour qu'un plus grand nombre de gens puissent y participer.

M. Larose: Je ne sais pas s'il y a un lien aussi étroit que celui que vous identifiez entre le fait de payer des taxes et l'intérêt pour l'exercice démocratique. On pense, par ailleurs, qu'il y a un sentiment de fierté et d'appartenance assez grand au régime que nous avons, au plan des services de santé et des services sociaux, et on connaît les problèmes très concrets vécus par la population. Je suis à peu près sûr que le seul fait, je dirais, de la position stratégique qu'occupent ces services-là dans la vie des personnes ou des communautés, ça devrait susciter passablement d'intérêt pour participer.

M. Côté (Charlesbourg): On me signale que j'ai peut-être le temps d'une...

Le Président (M. Joly): Une toute petite, M. le ministre, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): C'est une grosse **mais en** tout cas...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): On va l'essayer pareil.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez évoqué - je pense qu'il y a un consensus assez large - que les CLSC doivent être la porte d'entrée du système et, par le fait même, soulageraient peut-être d'autant les centres hospitaliers de courte durée. Quelle est votre vision de la relation CLSC avec les services de première ligne par rapport aux cabinets privés ou aux polycliniques qui pourraient être dans le même voisinage?

M. Larose: D'abord, quand on propose la régionalisation ou la décentralisation, vous m'avez bien compris que, au niveau de la pratique médicale, ça suppose qu'il y ait aussi des stratégies pour que la pratique médicale soit elle-même aussi décentralisée. Je sais que vous avez suffisamment d'imagination pour trouver les mécanismes qui peuvent amener ça. Le seul fait qu'il y ait une certaine régionalisation pourrait déjà, vraisemblablement, mettre un frein à la prolifération des business de la maladie qui cherchent de la clientèle. Si on développe une première ligne efficace, **c'est-à-dire** celle qui a toute la gamme des services de première ligne et qui est très près des communautés, je suis convaincu que l'efficacité d'un regroupement d'une gamme de services de première ligne de ce type-là va, je dirais, générer son propre achalandage. Puis on se comprend bien que, quand on dit la gamme complète, c'est tant au niveau physique, santé mentale, référence sociale, support à la communauté, etc.
(11 h 45)

Derrière ça se trouvent les institutions aux vocations précises. Un hôpital, c'est un hôpital pour être hospitalisé. Ce n'est pas un centre de consultation. Tu sais, ce n'est pas... Là-dessus, j'avoue que je trouve qu'on a pris un peu de temps collectivement à se rendre compte des incongruités de ce type-là. Un DSC, c'est très intéressant comme fonction, un DSC, mais, rattaché à un centre hospitalier, on se demande des fois: Est-ce un héritage historique? Ça ne répond pas tout à fait à une logique d'organisation d'institution. Alors, en ayant un service de première ligne du type dont on parle identifié aux CLSC, les institutions derrière, et une régie dans laquelle on intègre un minimum de vocations, de recherches et de planification et de programmes suprarégionaux, nous, on pense qu'on serait dans une logique d'efficacité institutionnelle beaucoup plus intéressante même si le système actuel n'est pas, comparativement à d'autres, totalement efficace non plus.

M. Côté (Charlesbourg): On pourrait continuer, ça serait très intéressant, mais on aura certainement l'occasion d'en reparler.

M. Larose: Nous préférons le CLSC, vous savez. Je ne veux pas prêcher pour ma paroisse mais je trouve qu'il y a beaucoup de potentiel dans les intuitions de cette institution-là pour rencontrer les besoins dont on parle.

Le Président (M. Joly): Merci. Je vais maintenant reconnaître M. le leader de l'Opposition, M. Chevette.

M. Chevette: Oui, M. le Président, je vais faire quelques commentaires pour partir et j'ai des questions mais qui sont quasi exclusivement hors mémoire. Tout d'abord, ce qui me plaît beaucoup dans le mémoire, c'est que vous liez intimement la pauvreté, l'emploi et la question santé. À mon point de vue, c'est une vision globale qu'on aurait dû avoir depuis fort longtemps, et malheureusement on verse dans le curatif sans pour autant penser qu'on va corriger ça exclusivement en continuant à injecter dans le curatif. Si on ne corrige pas les inégalités sociales, on va perpétuer des situations. Et ça, ça me plaît énormément comme approche et comme vision.

La deuxième chose, c'est la porte d'entrée. Effectivement, si on peut consolider les CLSC pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle, je pense que localement on aurait sans doute l'endroit idéal pour amener les changements de mentalité. C'est peut-être par la porte d'entrée justement, changer les habitudes de consommation. Mais tout ceci ne se fera pas si, au niveau national, on n'a pas une politique de santé avec des **priorités**. On aura beau parler de structure, la place des différents personnels, la définition du rôle des personnels, si on n'a pas d'objectifs précis et des priorités, je pense qu'on ne réussira pas. Si on le fait dans des secteurs, je le dis depuis quelques jours... On se plaît à réviser annuellement le plan de développement d'Hydro-Québec, en hydroélectricité. En santé, bien, on s'interroge sur des structures une fois tous les quinze ans alors que, je pense, on pourrait, aux deux ans, s'interroger très profondément sur comment va notre système, comment on peut le réorienter ou quelles priorités on pourrait établir. Moi, je pense que le fait que vous soyez, à part de ça, extrêmement ouverts à faire la discussion, je pense que Mme la présidente a été claire, oui, il y a des mentalités qu'il s'impose de changer, des habitudes de consommation en santé qu'il faut changer. Ça démontre, en tout cas, que la volonté, elle est très présente au niveau de la base. Il s'agit maintenant de la faire partager par l'ensemble de ce réseau-là pour en amener à travailler dans les sens des objectifs bien précis.

Ceci dit, vous m'avez rappelé des cas bien

précis que j'ai vécus dans mon milieu et sur lesquels je veux vous entendre, parce que vous venez de régler une convention collective quand même, en tout cas, entente de principe. Et moi, je suis profondément inquiet sur le droit au travail qu'a provoqué l'application de la loi 160. J'ai dans mon propre milieu... Je vais partir d'un exemple de mon propre milieu pour savoir si c'est **réglié**, si ça va se régler ou si ça a des chances de se régler. Mais je pense que c'est fondamental, le droit au travail. J'ai des personnes dans un certain centre d'accueil dans mon milieu, au centre hospitalier, qui ne sont plus **rappelées** au travail parce qu'elles ont perdu irois, quatre ans d'ancienneté puis qui avaient des contrats de deux jours, par exemple, semaine. Ce sont des personnes qui ont trois semaines de travail seulement qui travaillent à leur place qui sont **rappelées** toutes les semaines depuis le mois de septembre. Est-ce que ce droit fondamental au travail a été **récupéré** et que les personnes qui, à cause de l'application d'un décret gouvernemental, ont perdu leur droit au travail - elles n'ont pas perdu de l'ancienneté, elles, elles ont perdu leur droit au travail - est-ce que ceci a été réglé dans le règlement final de la convention collective?

M. Larose: Catherine.

Mme Loumède: Bien, je peux peut-être répondre à la question. C'est effectivement un droit au travail que plusieurs personnes ont perdu. Je vous dirais qu'au moment où on se parle, malgré le fait qu'il y ait une entente de principe sur la table, ce droit au travail n'a pas été rétabli, et qu'on se fie aux déclarations du ministère, d'il y a quelques mois, qui disait: On verra, une fois une entente convenue au niveau du secteur public, on regardera la question de la loi 160. Et nous on souhaite très sincèrement, et on est disposés à en discuter en tout temps, comment faire en sorte que les gens puissent récupérer des droits tout à fait légitimes qu'ils ont perdus, dans un moment d'affrontement avec le gouvernement, pour conclure leur convention collective. Mais, non, ces droits-là ne sont pas rétablis actuellement.

M. Chevette: M. le Président, c'est un **voeu que** je formule devant le ministre. Je pense qu'il y a des distinctions fondamentales, au-delà de ce qui peut arriver dans une convention collective. Il peut y avoir des inéquités qui se créent par l'application d'un décret du genre, mais l'atteinte à un droit fondamental qui est celui du droit au travail, c'est **encore** plus fort, à mon point de vue, que certaines, même si je ne suis pas d'accord avec les inéquités que ça pourrait créer. Je pourrais me retrouver dans mon hôpital avec quatre ans alors que j'en avais sept, et je vais perdre certains avantages. Je trouve ça aberrant sur le climat des relations du

travail, et je pense que vous avez bien répondu, M. Larose. Mais ce que je trouve encore plus aberrant, et je supplie le ministre de réviser cette partie-là, en particulier, rapidement, c'est de faire reconquérir le droit au travail de personnes qui ont perdu leur droit au travail, fondamentalement. Elles ne sont plus au travail depuis le mois de septembre. Ça moi, personnellement, je trouve ça urgent de régler cette partie-là et de régler aussi... d'autant plus que la perte d'ancienneté n'est pas une obligation législative, mais bien une décision politique à partir d'un décret. Et je pense que ça se corrige, soit par une entente, soit par des directives administratives, si on ne veut pas signer d'entente. Je pense qu'il y a deux choses à corriger, et la plus urgente c'est d'abord de reconquérir le droit au travail et la deuxième c'est de corriger les inéquités que peut avoir créé un décret gouvernemental. Donc, ça c'est un commentaire que je fais et je trouve ça douloureux pour ceux et celles qui ont perdu ce droit fondamental au travail, en utilisant, d'autre part, un droit qui était dévolu... Je pense, à ce que je sache, la seule convention internationale qu'a signée le Canada, à date, c'est la convention du droit au travail. Donc, à partir de là, il y a des précédents, même sur le territoire de ce coin de pays, qui existent.

Deuxième question, la présence des différents groupes professionnels au niveau des conseils d'administration. Je voudrais vous entendre d'une façon un peu plus explicite là-dessus, parce qu'on ne veut pas jouer au chat et à la souris non plus: tu sors, tu es en conflit d'intérêts. On a vécu, dans certains milieux, des situations aberrantes où on sortait aux dix minutes, les représentants et les salariés. Je voudrais savoir votre perception là-dessus. Est-ce que vous croyez qu'au moins il devrait y avoir une assemblée consultative permanente, si on ne veut pas leur donner le vote, mais au moins qu'ils soient là pour avoir l'information, comme vous dites? Est-ce que vous voyez des formules, là-dedans, vous êtes ouverts à des formules pour qu'on puisse assurer une présence, indépendamment du fait qu'on ne veuille pas débalancer la représentativité du public, comme telle?

M. Larose: D'abord on sait que, dans le fonctionnement des institutions, il y a, oui, un conseil d'administration, mais il y a aussi un conseil des médecins et dentistes, et on connaît la place stratégique qu'occupent les médecins, particulièrement dans les centres hospitaliers. On pense qu'il doit y avoir un lieu où les médecins doivent minimalement rendre des comptes, si je peux dire, et surtout faire partie de la définition des stratégies internes de l'institution. Je ne prendrai pas la défense du conseil des médecins et dentistes, mais ça procède d'une logique, je dirais, d'organisation des décisions et du travail à l'intérieur des institutions.

Pour la représentation des personnels, ça répond d'abord à une volonté de responsabilisation. Si on fait le pari que dans les institutions, particulièrement de services, de services de santé et de services sociaux, il y a un rapport nécessaire entre les dispensateurs de services et les utilisateurs de ces services, le premier forum demeure formellement les conseils d'administration. Soit dit en passant, on a procédé nous-mêmes à une enquête récemment pour vérifier un peu l'expérience vécue par les salariés qui avaient des représentants dans des conseils d'administration. On pourrait peut-être vous faire parvenir le résultat de ça. Mais il est clair que c'est une occasion importante, c'est un moyen important d'abord de circulation d'information. On est dans un service public. On n'est pas dans une entreprise privée qui a à cacher ses secrets de production et surtout pas à révéler ses stratégies de concurrence. On est dans un service public. Alors, on pense que ces conseils d'administration doivent avoir la première caractéristique qui est celle de la transparence au niveau de l'information.

Deuxièmement, si on fait le pari de la transformation des mentalités, si on fait le pari qu'en responsabilisant le monde c'est aussi une condition d'une plus grande efficacité, je pense que le premier lieu où la participation doit s'exercer c'est là où se prend un minimum de décisions. Le contraire serait d'identifier un conflit d'intérêts entre ceux qui dispensent les services et ceux qui les reçoivent. Ça procède vraiment d'une logique qui est un peu abracadabrante. Il y n'a pas là conflit d'intérêts. Au contraire, il y a là combinaison d'intérêts entre la population, ceux qui donnent les services et ceux qui les reçoivent.

M. Chevrette: L'autre question, étant donné que la FIQ vous suit, je pense qu'il y a... J'ai l'habitude de poser les questions auxquelles je crois fondamentalement, qui doivent être posées, indépendamment que ça plaise ou que ça déplaise. Est-ce que vous croyez à l'importance de la définition des tâches? Parce que je vis, dans mon milieu et dans plusieurs milieux du Québec, des conflits assez majeurs au niveau de la prestation du travail et même de la continuité de pouvoir donner du travail, par exemple aux infirmiers auxiliaires et infirmières auxiliaires dans nos milieux par rapport à la profession d'infirmier et infirmière. Ça crée des tensions assez fortes, merci, dans certains milieux.

D'autre part - je m'excuse, la voix me... - le gouvernement continue à former des infirmiers et infirmières auxiliaires. Les plans d'effectifs à l'intérieur des centres hospitaliers veulent abolir les infirmiers et infirmières auxiliaires. Je veux bien qu'on continue à former, mais qu'on leur dise quelle place il y a. Mais pas laisser à des directions... Je m'excuse, mais je le vis dans mon milieu et je suis toujours peiné de voir que... En

1970, je réglais le cas des puéricultrices à Joliette en disant: On va en réintégrer à d'autres fonctions, et le phénomène **d'attrition** fera son oeuvre pour le reste. Il en reste cinq ou six. Au moment où je vous parle, ils veulent les envoyer au recyclage, les cinq ou six, des femmes de cinquante quelques années, ou bien le phénomène de "bumping" et toute la psychiatrie infantile va se trouver affectée. Tout le personnel régulier de la psychiatrie va devoir quitter pour s'en aller dans un autre secteur. Affaiblissement donc de la qualité des services à peu près partout.

Est-ce que là-dessus vous vous êtes penchés, vous avez eu des discussions de fond? Comment voyez-vous ça? Ça **m'apparaît** également être une source assez profonde d'inquiétude et de climat de tension au niveau des centres hospitaliers.

Mme Loumède: Pour répondre à votre question, oui, ça fait déjà quelques années qu'on se penche là-dessus, entre autres par le biais du dossier des infirmières auxiliaires. Je peux peut-être vous indiquer en passant qu'il y a une confirmation de la part du ministère de la Santé - à tout le moins, c'était ça il y a quelques années - que, oui, la **pertinence** de la profession est toujours là, mais pas au niveau des centres hospitaliers, au niveau des centres d'accueil pour personnes âgées. C'est là-dessus, entre autres, qu'il y a des divergences et qu'il y a des mécontentements de la part des infirmières auxiliaires.

(12 heures)

Vous indiquez aussi que ce qui est très frustrant pour ces femmes, c'est qu'il y a une latitude et une discrétion qui est laissée aux conseils d'administration locaux de déterminer le type d'actes qu'elles pourraient poser ou non alors qu'elles ont eu une formation **adéquate**. Il y a ce problème qui se soulève au niveau d'autres professions. Moi, ce que je peux vous dire et ce qu'on appréhende, c'est qu'il y ait des débats. Actuellement, il y a des chicanes, entre guillemets, entre les professions, entre les métiers. Quand on regarde la prolifération des spécialisations, la parcellisation aussi des tâches depuis quelques années, moi, je pense qu'on doit se questionner globalement sur le type d'approche, le type de service et donc le type de profession et de métier qui sont **nécessaires**.

Je vous donnerais un point de vue personnel. Moi, je pense qu'il faut redébattre la définition de tâches de certains types d'emplois, entre autres, au nom de la polyvalence et de la revalorisation au travail. Cependant, il faut faire attention. Il y a un lien direct à faire avec le ministère de l'Éducation à travers les cégeps, à travers les écoles secondaires qui, eux, mettent de l'avant les programmes qui spécialisent de plus en plus et qui, à mon avis, confinent de plus en plus des employés dans un type de tâches et pas un autre. Ça, à la limite, ça risque

de créer un climat de routine, une sorte de démoralisation, finalement, au niveau du travail, la finalité de son propre travail.

On n'a pas terminé ce dossier, mais je vous dirais que s'attaquer au dossier de la définition des tâches de plus 150 types d'emplois dans le réseau de la santé, ce n'est pas une mince affaire, sauf que nous, on a commencé à se Dréparer parce qu'on appréhende aussi les prochaines négociations et la sécurité d'emploi des gens.

M. Chevette: Merci. M. Trudel va poursuivre.

Le Président (M. Joly): M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, M. Trudel.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Il faudra y aller assez rapidement puisqu'il ne reste pas beaucoup de minutes. C'est comme dans le vrai système, c'est le rouleau compresseur de la santé qui y va aux dépens des services sociaux. Il faut absolument faire la remarque, effectivement, de la justesse de la description que vous faites, que toute la mécanique doit être précédée d'une politique de santé et de bien-être. C'est ce que vous soulignez dans votre mémoire et vous remarquerez rapidement qu'au niveau... Vous nous dites, dans votre mémoire, que c'est à l'article 289, sur 400 articles, que l'on retrouve, pour la première fois, la notion de politique de la santé, uniquement, et non pas politique de la santé et de bien-être en termes d'objectifs.

Tout de suite à l'article 1 de cet avant-projet de loi, lorsqu'on détermine les objectifs du système de santé et de services sociaux, vous avez certainement remarqué - mais il faut le répéter - qu'un des objectifs fondamentaux, c'est de réduire, entre autres, et d'agir sur les facteurs déterminants pour la santé. Et tout de suite lorsqu'on va à la fin de l'article et qu'on va sur les moyens pour faire cela, on dit: "Favoriser une répartition des ressources humaines, matérielles et financières entre les services, les établissements et les régions qui soit la plus juste et la plus rationnelle possible." Il n'y a pas de monde là-dedans. C'est entre les services, les établissements et les régions. Le monde n'est absolument pas concerné par la répartition ou l'allocation au niveau des ressources humaines.

Ma question est la suivante, c'est tellement important: Est-ce que vous êtes prêts à dire que le ministre, qui a dit jusqu'à maintenant qu'il allait réécrire tout ça l'automne prochain, pour dépôt à l'Assemblée nationale, qu'il vaudrait mieux, compte tenu de l'importance - le tiers du budget de l'État - peut-être de retarder tout ça et qu'on donne suite à votre recommandation de la page 2, d'abord de déposer une politique de la santé et du bien-être au Québec avant d'articuler la mécanique?

M. Larose: Je ne connais pas nécessairement les contraintes du travail législatif, mais nous, on pense que, pour bien asseoir une réforme de type administratif, il faut aussi avoir une bonne idée d'une proposition de politique de santé et de **bien-être** et que l'articulation des institutions, des organismes devra se faire en tenant compte de cette politique. Maintenant, est-ce que c'est avant? Idéalement, je pense que oui. Est-ce que ça peut être concurrent? **Peut-être** que c'est faisable aussi, mais nous, on pense surtout qu'au Québec, dans une certaine volonté de régionaliser et, je dirais, de responsabiliser les acteurs, il y a un certain nombre de missions économiques qui ont été décentralisées et qui existent dans les régions. Alors, on pourrait fort bien mener ces travaux de façon concurrente, mais on pense que l'efficacité d'une réforme, si elle n'est pas appuyée sur une idée précise d'une politique de santé et de bien-être, elle risque d'être un petit peu en porte à faux sur un élément ou l'autre.

M. Trudel: Je vais y aller maintenant sur un autre élément précis de vos suggestions. De ce **côté-ci** du moins, le système centré sur le CLSC comme porte d'entrée du système, c'est clair de ce côté-ci, il semble y avoir de plus en plus d'expressions qu'on se dirigerait vers cela. Un des éléments fondamentaux du système dans cette porte d'entrée, c'est, entre autres, la salle d'urgence qui, souvent, pour reprendre votre expression, est le lieu d'exercice préférentiel du business de la santé. Est-ce que vous avez déjà regardé, dans cette définition du système à partir du territoire et de l'organisme CLSC première ligne, que ce soit les CLSC qui prennent en charge les urgences des hôpitaux pour éviter, entre autres, que les bénéficiaires s'enfilent dans la filière médicale et du business de la santé, parce que nous serions dans un autre système? Avez-vous déjà regardé ça?

M. Larose: Dans les CLSC, service de première ligne, qui sont en fait le lieu d'accueil du système, qui doit répondre à un certain nombre de besoins y compris au plan de la santé, je pense que tout ce qui est consultation, tout ce qui est, je dirais, chirurgie mineure, bon, et chacun a certainement ses expériences - une tasse qui se casse et tu te coupes un doigt, bon - ça, je pense que ça peut être facilement intégrable à la fonction des CLSC. Il va certainement demeurer dans les hôpitaux une véritable urgence et, j'allais dire grâce à la CSN, il y a un système ambulancier qui a un peu d'allure maintenant. Il y a... Bien, vous le reconnaissez, M. le ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larose: Un bon service, vous savez que ce n'est pas gratuit nécessairement, mais je

pense que comparativement...

M. Côté (Charlesbourg): Ah oui! Et celui-là ne l'est pas.

M. Larose: ...il ne doit pas nous **coûter** plus cher qu'ailleurs. Alors, un service maintenant professionnel au niveau du préhospitalier et d'urgence va sélectionner les cas. Alors, ceux qui doivent, effectivement, rentrer en urgence - et, quand on dit en urgence, c'est en urgence - ils ne seront pas encombrés par ceux qui sont là pour consultation, petite chirurgie mineure, une migraine un peu plus forte, ou bien l'ennui qui a pris la personne qui aime ça voir un peu de vie qui bouge ou qui ne bouge pas. Alors, dans ce sens-là, je pense qu'il est très possible d'avoir un système efficace là-dessus.

M. Trudel: Merci beaucoup de votre présentation et tous ces liens que vous avez faits en termes de système, même si on avait eu le goût d'aborder, entre autres choses, le fait que ce ministère et ce projet de loi ne prévoient pas d'organisme-conseil. Vous le soulevez là-dedans, l'organisme-conseil formel. C'est le seul, on y reviendra, le seul ministère qui n'aurait pas ça en termes de grande politique de l'État. On y reviendra à partir d'autres groupes. Merci beaucoup de votre présentation.

M. Larose: Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je veux vous remercier de votre contribution. Elle est celle de l'ouverture à des changements de mentalité, à ce que j'ai **compris**, qui est à la base de certains problèmes du système, et de l'ouverture toute grande faite à une collaboration très étroite pour tenter de changer un certain nombre de choses qui ne fonctionnent pas. Ça, je pense que c'est très évident. C'est la ligne maîtresse de votre mémoire et c'est très très intéressant.

J'en profiterais, **peut-être**, pour passer deux petits commentaires. J'ai retenu plus que ça, mais deux éléments qui ont fait l'objet de discussion après mon intervention qui est celui du rôle d'infirmière, du rôle d'infirmière auxiliaire. Évidemment, il y a une table, là, qui devrait reprendre, normalement, des activités plus intenses maintenant que les négociations sont, à toutes fins pratiques, terminées, et bien faire la distinction entre le rapport Munn et ce que le ministère lui-même décidait. Il y a une distinction très nette entre les deux et on aura l'occasion d'en discuter éventuellement, parce que je serai là, à la prochaine réunion de la table.

En terminant, l'élément le plus important, je pense, de la discussion, c'est la loi 160. J'avais dit, dans une rencontre que j'ai eue

avec Mme Lavallée, Mme Pagé et M. Larose en décembre 1989, qu'à partir du moment où les conventions collectives seraient signées je les inviterais à une rencontre avec moi où il serait question de la loi 160. Je l'ai dit en Chambre, je l'ai dit dans une rencontre privée. Je le redis aujourd'hui. Quand ce sera terminé en termes de négociations, et les conventions collectives signées, je prendrai l'initiative d'inviter les intervenants et d'amorcer une discussion concernant la loi 160, avec toute l'évaluation qu'on doit y faire et qu'on devra y faire. Je le réitère aujourd'hui et ça se fera. Compte tenu de la nature de l'évolution des discussions sur le plan des conventions collectives, je pense qu'on a une situation où ça ne devrait pas tarder.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre.

M. Larose: Merci beaucoup.

Le Président (M. Joly): Au nom des membres de cette commission, à mon tour je vous remercie. Merci bien. Je demanderais maintenant aux gens représentant la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

J'apprécierais la coopération de tout le monde, s'il vous plaît. Nous retardons un peu. Bienvenue à cette commission, mesdames. Vous connaissez la procédure. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous présenter votre mémoire et, par après, les membres de cette commission se réservent le privilège de vous questionner. J'apprécierais, par contre, que la personne responsable, Mme Lavallée, je crois, nous introduise les gens qui l'accompagnent.

FIQ

Mme Lavallée (Diane): Oui. Eh bien, on tient particulièrement à vous remercier d'avoir accepté nos commentaires dans le cadre de votre réforme ou restructuration concernant l'avant-projet de loi qui est soumis présentement. À la table, représentant la fédération il y a à ma droite Francine Dufresne, qui est conseillère en santé. Vous avez Lucie Fortier, qui est membre, présidente du centre hospitalier Robert-Giffard, et ex-membre de l'exécutif aussi à la FIQ. Vous avez Mme Sylvie Boulanger, qui est notre nouvelle responsable politique du secteur santé à la fédération et première vice-présidente. Et vous avez Thérèse Laforest, qui est conseillère au secteur santé de la fédération.

Bien sûr, notre organisation est connue pour représenter 40 000 infirmières syndiquées à travers la province, réparties dans 51 syndicats. C'est une organisation qui a des préoccupations, bien sûr, pour l'amélioration et le maintien des conditions de travail des infirmières et des gens qu'on représente, mais aussi une préoccupation

sociale qui est à l'effet de maintenir et même d'améliorer la qualité de santé, de bien-être de la population québécoise. C'est donc dans ce cadre qu'on a accepté de vous présenter nos commentaires concernant l'avant-projet de loi sur la réforme de la santé et des services sociaux.

Avant d'entrer au cœur de nos interrogations, on tient à réaffirmer notre position qui a déjà été amenée au niveau du ministère, qui est à l'effet que la réforme amorcée doit s'inscrire dans la perspective d'une véritable politique de santé au Québec. On tient également à souligner que notre réflexion se veut constructive et entend participer à l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population québécoise.

(12 h 15)

Premièrement, concernant les objectifs. Pour améliorer les services de santé et les services sociaux, l'avant-projet énonce un certain nombre d'objectifs auxquels nous souscrivons largement. Nous entretenons cependant certaines réserves sur l'absence d'une quelconque priorisation des objectifs mis de l'avant. Les moyens préconisés pour l'atteinte des objectifs nous laissent également perplexes, surtout ceux qui ont trait aux déterminants de la santé, à la confidentialité, à la prévention, à l'accessibilité des services et à leur continuité, ainsi qu'à la participation de la population. On trouve hasardeux que, pour améliorer la capacité physique, psychique et sociale des personnes, le gouvernement continue de prôner, à l'instar du livre blanc, d'axer principalement les interventions sur l'acquisition de meilleures habitudes de vie. Pour atteindre un tel objectif il doit, selon nous, agir sur les composantes tridimensionnelles des facteurs de risque. Concrètement, le gouvernement doit articuler un politique globale de santé et de bien-être tenant compte des habitudes de vie de la population, des conditions environnementales, des facteurs socio-économiques, des communautés ethniques et de l'organisation du système social.

Maintenant, concernant la confidentialité. En tout temps, la confidentialité, quant aux services et aux soins dispensés, doit être recherchée et sauvegardée. Il est donc primordial que toute communication d'information contenue dans un dossier médical se fasse avec parcimonie et respecte des conditions très strictes. Toujours au nom du respect de la confidentialité, la consultation d'un dossier médical à des fins d'études, d'enseignement ou de recherche devrait, à notre avis, être assujettie à l'assentiment préalable du bénéficiaire. Le droit à la confidentialité est aussi très sérieusement questionné par l'utilisation de la carte santé qui sera incessamment mise à l'essai. Nous sommes conscientes que l'utilisation des technologies de l'information pourrait contribuer à améliorer la qualité des soins, et c'est pourquoi nous ne nous objectons pas à l'essai d'une telle carte. Son utilisation, toutefois, devrait être encadrée. Le ministère doit donc mettre en place des mécanismes de

contrôle, de surveillance, d'évaluation et de consultation périodique pour éviter qu'une telle carte devienne un moyen de contrôler l'utilisation des services de santé et des services sociaux et de traiter, **peut-être** de façon plus expéditive, les clients. D'autres mécanismes devront être mis sur pied pour éviter que des informations confidentielles circulent entre les mains du personnel non traitant. On sait, pour l'avoir vu publiquement, que le ministère est soucieux, a des préoccupations à cet effet-là et tente, dans certains établissements, de mettre sur pied des projets-pilotes à cet effet, et on peut s'en réjouir.

Concernant maintenant la prévention. L'apport des actions préventives pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population n'est plus à démontrer. Pourtant, les dispositions de l'**avant-projet** portant sur les CLSC, les DSC et sur l'expérimentation des projets telles les **OSIS** semblent privilégier davantage les actions et les interventions curatives. La vocation préventive et éducative des CLSC doit demeurer, à notre avis, prioritaire et surtout ne pas être réservée uniquement à une clientèle dite à risque. Quant aux DSC, ils détiennent un important mandat de prévention, de promotion et de protection de la santé publique. De plus, à mesure que les programmes de prévention en santé et sécurité du travail deviendront obligatoires dans tous les centres d'activité, le rôle et les responsabilités de ces organismes s'accroîtront. Et loin d'être diminué, à notre avis, le nombre des DSC doit être maintenu, ainsi que leur mandat réaffirmé et consolidé.

À notre **avis**, l'implantation de certaines organisations telles les OSIS ne permettra pas la récupération du volet préventif dont le ministère a restreint l'importance au sein des CLSC et des DSC. L'introduction, avec le concept OSIS, d'un incitatif financier en fonction de la quantité des services et de la nature des soins dispensés ne favorise pas la prévention. De plus, les OSIS ne poursuivent pas d'objectif communautaire. Cela **aura-t-il** pour effet de déraciner les services du milieu et de se couper ainsi de toute connaissance des conditions de vie, de travail et du réseau communautaire, connaissance essentielle à la prévention?

Améliorer l'accessibilité des services et en assurer la continuité contribue certes à l'amélioration du mieux-être de la population. Toutefois, les moyens utilisés pour atteindre de tels objectifs peuvent entraîner des effets non désirables, comme par exemple d'introduire des formes de privatisation dans notre système. Eh bien, nous nous objectons à la privatisation, même partielle, dans le domaine de la santé, parce qu'à notre avis elle entraînerait l'accumulation de projets dans les secteurs les plus rentables au détriment de la qualité des soins et des services et le développement d'une médecine de **riches**, la dégradation du réseau public et une hausse

considérable des **coûts**. Il est loin d'être évident que les gestionnaires privés feraient mieux que les gestionnaires publics avec un même achalandage et les mêmes contraintes bureaucratiques. Mais, plus fondamentalement, la privatisation porte atteinte à un choix de société qui repose sur les deux grands principes universels de justice et d'équité sociale.

On aimerait rappeler que l'accessibilité est tributaire non seulement de l'existence de services mais également d'une meilleure information sur les services et les ressources disponibles. Mais, concrètement, il pourrait s'agir du développement d'un véritable réseau d'information, réseau d'accueil, de référence et de consultation pour favoriser l'utilisation des services disponibles.

En dernier lieu, on désire soulever que, pour favoriser la continuité des services, il est impérieux que le ministère voie à redresser la situation de morcellement des soins vécue actuellement dans le réseau. Les plans de services individualisés prévus par l'**avant-projet** de loi sont certes souhaitables mais ne pourront être opérationnalisés qu'en prévoyant des ressources humaines et des ressources financières nécessaires.

Pour ce qui est de la participation et dans une perspective d'une plus grande démocratisation du système et pour permettre à la population de mieux gérer sa santé, le ministère propose de lui accorder une place plus importante au sein des instances décisionnelles. Eh bien, il va de soi qu'on est favorable à des structures décisionnelles qui se rapprochent de la population et des personnes qui dispensent les soins. L'instauration de structures pour favoriser la participation de la population n'est toutefois pas garante de la **présence** et de l'efficacité d'une telle participation. Pour donner réellement plutôt que symboliquement le pouvoir aux citoyens, certaines conditions sont nécessaires. Entre autres, de mettre sur pied des mécanismes de consultation de la population quant à ses besoins, à ses priorités, de dispenser une formation pertinente pour permettre aux représentants de la population de remplir adéquatement leur rôle et fonction et de réserver à ces représentants un nombre de sièges suffisants.

L'**avant-projet** de loi veut aussi favoriser la participation des ressources humaines du réseau, mais celles-ci n'ont qu'un pouvoir de recommandation aux instances décisionnelles. Pourquoi cette exclusion systématique du personnel du réseau au sein des centres décisionnels? On croit que des sièges devraient être réservés aux travailleurs du réseau au sein des structures décisionnelles reconnaissant ainsi l'importance de leur expérience et de leur expertise.

Concernant les structures et la création des régions régionales, la **FIQ** adhère au projet de décentralisation par la création d'un palier régional dans la mesure où il garantit à la

population et aux ressources humaines une réelle emprise sur le système de santé, qu'il fournit les moyens d'adapter les ressources aux besoins régionaux et locaux et qu'il soutient une véritable concertation entre les divers intervenants. Par contre, si les régies régionales ont pour but de permettre au gouvernement de se désengager en matière de santé, de limiter la marge d'autonomie de chacun des éléments du système ou encore d'obtenir uniquement une meilleure efficacité économique, la décentralisation alors ne fera qu'amplifier les irritants du système plutôt que de les amenuiser, et nous **somme**, contre. Pour nous, seul le gouvernement peut être garant d'une politique globale de santé et de bien-être pour la population québécoise. De plus, la **FIQ** réaffirme ici son opposition à toute forme de décentralisation de la négociation collective. La décentralisation recherchée par l'instauration des régies régionales ne doit pas non plus avoir pour effet de créer une mobilité intrarégionale des ressources humaines.

Concernant les conseils d'administration unifiés, si la **FIQ** se prononce, aux conditions **énumérées** dans le mémoire, en faveur de la décentralisation des décisions du ministère vers les régions, elle ne voit pas la pertinence et l'utilité de diminuer les pouvoirs des établissements de santé au profit des régies régionales. Une véritable décentralisation doit non seulement allouer des pouvoirs supplémentaires aux régions mais également permettre **aux** établissements d'assumer la responsabilité **de** la programmation, de la planification et de la distribution de leurs services. Nous ne voyons pas le bien-fondé de la création des conseils d'administration unifiés - on n'est pas les seuls, je pense - et recommandons au ministère de maintenir les conseils d'administration dans chaque établissement, redevables de leur action directement aux régies régionales.

Maintenant, concernant plus particulièrement les établissements, les centres d'hébergement et de soins prolongés, la **FIQ** est favorable à la création de centres d'hébergement et de soins prolongés en autant qu'ils assurent une meilleure distribution des soins et une meilleure adaptation des services aux personnes âgées. Cela ne peut être réalisable que si les normes du ministère concernant l'allocation des ressources humaines qui oeuvrent dans les centres d'hébergement sont modifiées en conséquence car actuellement elles sont insuffisantes pour répondre aux besoins.

Eh bien, quant aux ressources matérielles, maintenant, les normes sont déjà en deçà des besoins. En effet, le ministère prévoit 5000 places supplémentaires d'ici dix ans alors qu'aujourd'hui presque autant de personnes attendent un place en centre d'hébergement. Par l'attribution inadéquate de ressources, le ministère veut-il retourner à la communauté et à la famille une partie de la clientèle visée? Ou, encore, **compte-**

t-ll sur les centres d'hébergement privés pour pallier à cette pénurie de ressources?

Dans le contexte actuel, la création de ce nouveau type d'établissements vise davantage à libérer les lits des centres hospitaliers de courte durée occupés par les personnes âgées en perte d'autonomie. Pour qu'ils assurent un réel bien-être à la clientèle visée, ces centres devront disposer des ressources nécessaires pour répondre à une meilleure distribution des soins et adapter leurs services aux besoins de cette clientèle, les personnes âgées.

Maintenant, concernant les centres locaux de services communautaires. Axés sur les interventions préventives, les **CLSC**, tels que conçus par le rapport Castonguay-Nepveu, devenaient la porte d'entrée au système de santé. Depuis ce temps, cependant, un ensemble de facteurs ont miné, à tort, la crédibilité des **CLSC** et d'autres organisations de soins, telles que les polycliniques privées, ont fait leur apparition sans que quiconque n'intervienne pour contrer ce dédoublement des services. D'année en année, de sous-financement en sous-financement, les **CLSC** ont perdu cette vocation première de prévention sociale et sanitaire.

Si l'on considère la conjugaison d'éléments comme le **désengorgement des** hôpitaux et le vieillissement de la population, il y aura nécessairement alourdissement de la clientèle et une demande accrue de services et de soins à domicile **dispensés** par les **CLSC**. Des allocations budgétaires insuffisantes laissent présager que les **CLSC** n'auront d'autres alternatives que de lésiner sur l'engagement des ressources humaines et sur la qualité et la quantité des soins à dispenser. Les infirmières des **CLSC** **seront** inévitablement pénalisées tant dans leur tâche que dans leur rôle par cette recherche d'économie. Si le niveau actuel d'emploi demeure, elles risquent d'être surchargées et obligées d'évacuer tout le volet préventif de leur travail.

Le financement extrêmement limité des **CLSC** doit cesser, sinon, cela va confirmer notre impression que le gouvernement ne compte pas uniquement sur les **CLSC** pour répondre à la demande des soins à domicile mais également sur les ressources du type familial et sur le bénévolat, se dégageant ainsi progressivement de ses responsabilités sociales et financières. Si le ministère veut compter sur le support des réseaux naturels, il doit prévoir des ressources financières et humaines en conséquence. Par les mesures qu'il préconise, le ministère suppose que les femmes seront davantage présentes au sein de l'univers domestique et accepteront de revenir à une certaine forme de bénévolat qui en découlera inévitablement. Ayant durement acquis le droit au travail, malgré les lacunes qui existent, comment croire que les femmes y renonceront facilement? Et, même si un certain nombre de femmes ne sont pas sur le marché du travail, elles ne sont pas pour autant disposées à assumer une **augmen-**

tation des tâches reliées à l'univers domestique.

Nous croyons que l'allongement des heures d'ouverture des CLSC et la forte demande pour les soins à domicile justifient que des budgets, des ressources humaines et matérielles additionnelles soient allouées aux CLSC et, de plus, nous réaffirmons notre recommandation à l'effet que les services préventifs demeurent la priorité des CLSC.

Maintenant, concernant les départements de santé communautaire, les DSC demeurent le dernier bastion investi d'un mandat de prévention, promotion et protection de la santé. Le ministère doit donc maintenir et peut-être devoir augmenter le nombre actuel de DSC, et leur procurer les ressources suffisantes pour qu'ils puissent remplir adéquatement leur rôle de prévention et de protection de la santé publique.

Maintenant, concernant les organismes communautaires. La FIQ accueille, avec grand intérêt, l'intégration des organismes communautaires et des autres ressources du milieu, du réseau. Cependant, elle espère qu'il y a, de la part du législateur, une réelle volonté de leur donner les moyens d'assumer leur rôle, ce que ne laisse pas présager l'avant-projet de loi. Compte tenu de l'apport important de ces organismes dans le système de santé, ils devront disposer de budgets suffisants et posséder une réelle autonomie de financement. Le financement ne doit, en aucune façon, servir de caution à une ingérence gouvernementale dans leur fonctionnement interne ou encore à un désengagement de l'État vis-à-vis ses responsabilités. De plus, ils ne devront en aucun cas être utilisés comme des ressources à rabais.

(12 h 30)

Les ressources humaines, maintenant. Depuis quinze ans, les conditions de travail des infirmières et infirmiers se sont détériorées. On en a largement fait part l'année dernière. Les conséquences négatives d'une telle situation sont nombreuses: le stress, la démotivation, l'émergence d'un sentiment de dévalorisation. L'attitude des administrateurs du réseau à leur égard ainsi que la place qui leur est réservée dans le système et le rôle auquel elles sont confinées ne sont également pas étrangers aux problèmes vécus par le personnel infirmier.

S'il est vrai de dire que la charge de travail peut en partie s'équilibrer par l'application d'une unité de mesure appropriée, il l'est tout autant de penser qu'une saine gestion qui mise sur la collaboration et le soutien entre les intervenants constitue le point tournant des solutions sur la charge de travail. Eh bien, dans ce dessein, il faut, bien sûr, influencer la mentalité de gestion dans le réseau et forcer une organisation du travail basée sur le respect des rôles réciproques et l'entente mutuelle entre les intervenants. Il faut de plus mettre en place des structures et des mécanismes qui assurent une participation réelle du personnel concerné.

L'avant-projet de loi, par l'entremise des divers comités, des conseils et plans, ne donne pas aux établissements les moyens de concrétiser la participation de toutes les catégories de personnel, et tout particulièrement des infirmières. En effet, les comités prévus à ce projet ne reconnaissent nullement un pouvoir décisionnel aux infirmières, pas plus d'ailleurs qu'aux autres catégories des ressources humaines. Elles sont tout au plus consultées quand c'est possible et n'ont pas droit de participer à la décision finale.

La FIQ considère que l'expérience et l'expertise de la **main-d'oeuvre** infirmière méritent d'être mieux utilisées. Nous voulons donc que le ministère leur accorde une participation réelle et effective aux décisions inhérentes à leur rôle, à leurs tâches et fonctions et leur reconnaisse une voie décisionnelle au sein des différentes structures.

Maintenant, en ce qui concerne le financement. L'avant-projet de loi ne traite pas spécifiquement des sources de financement mais s'attarde plutôt au processus d'allocation des budgets et de paiement des ressources. Reste à voir, en fait, de quelles sommes disposera le ministère pour réaliser sa réforme. Au moment du dépôt des orientations ministérielles en matière de santé et de services sociaux, mise à part la nécessaire marge de manoeuvre de 2 % du budget régulier, les coûts engendrés par chacune des mesures n'avaient pas été évalués. De toute évidence cependant, ils dépasseraient largement le budget dont pouvait disposer le ministère. C'est inquiétant et qui paiera cette réforme?

Nous ne sommes pas d'accord avec les nouvelles sources de financement, tel que de faire assumer aux personnes qui ont causé un accident en conduisant sous l'effet de l'alcool, entre autres, une partie des coûts des soins qu'elles doivent recevoir ou encore celle d'imposer une taxe sur les produits néfastes pour la santé. Elles constituent une forme d'ingérence dans les habitudes de vie de la population et une preuve supplémentaire que les déterminants sociaux et économiques de la santé ne font pas partie des priorités du ministère. Signalons au passage que des pénalités devraient également et surtout être imposées aux industries qui polluent de leurs déchets l'environnement. De plus, il s'agit ici d'une forme de privatisation des soins et des services que nous ne pouvons endosser.

D'autres manifestations de renforcement de la privatisation se retrouvent également au chapitre du financement, telle la création d'un fonds d'encouragement à l'innovation, laquelle est empruntée à la gestion des entreprises privées pour qui la passion de l'excellence et la gestion de la performance sont devenues le leitmotiv. La FIQ veut donc que l'universalité des services de santé et des services sociaux soit préservée. Le ministère doit donc renoncer à toutes sources de financement qui auraient pour effet de privatiser

te système. Depuis quelques années, le gouvernement semble éprouver certaines difficultés et des réticences à assumer ses responsabilités financières. De plus, il glisse vers la privatisation. Si sa volonté est de privatiser le système, eh bien, qu'il le dise ouvertement afin de permettre des débats élargis avec la population québécoise sur l'orientation qu'il entend poursuivre. La population pourra alors, en pleine connaissance, assumer ses choix.

Donc, pour conclure, l'avant-projet de loi sur la santé et les services sociaux provoque davantage des modifications à la structure administrative qu'une véritable réforme du système de santé. De plus, il constitue dans sa version originale le préambule de la privatisation des services. Une réorganisation des structures actuelles du réseau est peut-être nécessaire, mais elle doit cependant s'intégrer à l'objectif d'améliorer la santé de la population et d'éliminer les barrières d'accès aux services. Le ministère doit donc réaménager l'avant-projet de loi dans la perspective de préserver les acquis de notre système et d'éviter toute spéculation quant à une éventuelle privatisation.

Toutes les recommandations que vous trouvez dans votre cahier de résumé de notre mémoire vont dans ce sens, et on espère que le ministre va en tenir compte. Je n'avais pas prévu faire le tour avec vous de toutes les recommandations qui sont dans le cahier, en croyant que vous les aviez toutes lues de façon bien attentive. Et vous savez que les recommandations qu'on fait sont vraiment en regard des objectifs, des structures, des ressources, du financement ainsi que des établissements.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme Lavallée. Ne vous surprenez pas, exceptionnellement, je vais reconnaître M. le leader de l'Opposition officielle, parce qu'il a déjà une autre fonction qui l'attend. Alors, je vais reconnaître le droit de parole à M. le leader de l'Opposition.

Une voix: L'ex-futur.

M. Chevrette: Ex-futur. Je voudrais d'abord remercier le ministre de me permettre de vous questionner durant quelques minutes avant de vous quitter. Je pense que, de plus en plus, on remarque que les groupes, surtout ces derniers jours... Je ne sais pas si ce sont des hasards, mais, depuis une semaine, on parle beaucoup plus de politique globale en santé qu'on en a entendu parler dans les premiers mémoires. C'est peut-être une coïncidence, mais c'est une heureuse coïncidence, en tout cas, qu'on parle de politiques de santé, parce que je trouve que, les premiers jours de la commission, on parlait beaucoup plus exclusivement en fonction des statuts de chacun des groupes qui passaient, sans se préoccuper de l'ensemble de la dimension santé comme telle. Ça, je trouve que c'est

intéressant dans votre mémoire; c'est clair. Votre mémoire est très précis quant à vos recommandations. On n'a pas à vous questionner sur les recommandations, elles sont précises, elles sont claires. C'est sur ce qui n'y est pas que je voudrais vous questionner. Vous êtes en faveur de la décentralisation des pouvoirs, sauf que vous ne parlez pas de la décentralisation de l'argent, par exemple, pouvant aller jusqu'à la décentralisation des enveloppes de la RAMQ. Est-ce que ça vous effraie? Est-ce que ça vous rassure? Qu'est-ce que ça vous fait?

Mme Lavallée: Au niveau de la décentralisation de l'argent de la RAMQ, on pense qu'il y aurait intérêt à ce qu'il y ait aussi une forme de décentralisation qui puisse aller jusqu'au niveau des régies régionales, permettant, peut-être, un meilleur contrôle quant à sa diffusion, et permettre une certaine latitude au niveau régional quant à son utilisation.

M. Chevrette: Au niveau de la présence des professionnels au sein des conseils d'administration, vous dites que vous vous réjouissez du fait que le ministre ait changé d'idée sur la fusion des conseils; ça c'est clair. D'ailleurs, ça a été clair assez rapidement. Mais la présence des différentes catégories de personnels professionnels, est-ce que vous la voyez permanente et absolument avec droit de vote, ou si vous acceptez une présence pour donner une expertise, ou être au courant de tout ce qui se passe, un peu comme la CSN le demandait avant, mais sans nécessairement faire partie intégrante des conseils?

Mme Lavallée: Nous, ce qu'on souhaite, c'est de voir que les salariés du réseau qui ont une expertise et qui sont intéressés par les objectifs à mettre de l'avant dans notre système de santé, ou bien les objectifs à mettre de l'avant dans chacun des établissements, puissent avoir un pouvoir; qu'ils ne soient pas utilisés seulement pour la consultation, mais qu'ils puissent participer et avoir un véritable pouvoir décisionnel au niveau des différents conseils d'administration. Il est clair que, si on veut intéresser les gens et faire endosser les objectifs d'un établissement et faire en sorte que les gens travaillent dans un objectif commun, on doit leur donner une place beaucoup plus importante que simplement les consulter et, peu important les résultats de la consultation, décider d'utiliser les budgets ou les ressources humaines de telle et telle façon. Et, d'ailleurs, on est convaincus que la très grande démotivation au travail et la grande détérioration de la qualité des services qui sont offerts dépendent entre autres, de la mauvaise utilisation qu'on fait des ressources du milieu. On les consulte, et ça s'arrête là, et on ne prend pas nécessairement en considération les commentaires qui sont amenés par les différents

salariés ou les professionnels du réseau.

M. Chevette: Rochon, d'ailleurs, écrit que l'un des plus mauvais employeurs qu'il connaisse ce sont précisément les autorités en matière de santé et de services sociaux. Sans l'écrire de la façon dont je le dis, c'est un peu à ça que revenait le jugement que portait la commission Rochon sur l'administration de la santé comme telle au Québec. Vous avez vécu un dur conflit, et vous avez enfin signé une convention collective. Quels sont les effets de l'application de la clause du décret sur l'ancienneté sur le climat des relations du travail à l'intérieur des centres hospitaliers?

Mme Lavallée: Eh bien, je n'inventerai rien de nouveau. Je pense que mon confrère, Gérald, est passé avant nous et a parlé de l'état pitoyable dans lequel se trouve présentement le climat des relations du travail dans les établissements de santé, et je peux vous dire que j'ai le même constat à amener ici, devant la commission. Il y a une détérioration très grande du climat des relations du travail qui, à notre avis, a un impact aussi sur la qualité des services offerts à la population. Il est clair que, quand des individus se font toucher dans ce qu'il y a de plus important dans leurs conditions de travail quotidiennes, on ne peut pas leur demander une même souplesse et une même prestation de travail avec autant de motivation. Il est clair qu'il va falloir s'attarder très rapidement à cette détérioration des relations du travail. Certains disent que des conventions collectives sont une "enferme" aux bonnes relations du travail. Tout le monde est régi par des conventions collectives. Il y avait, dans certains CLSC, certains hôpitaux, de très bonnes relations du travail, malgré une convention collective assez encadrée, entre les administrateurs, le réseau de ressources humaines et les employés ou le syndicat. Avec l'avènement et l'application des sanctions de la loi 160, il y a une dégradation très grande et très rapide qui s'est instaurée. Et ça, on peut le constater à travers le réseau en général. Donc, à notre avis, il y a urgence à regarder le problème, la situation. C'est un peu utopique de penser d'améliorer la qualité des services si on ne tient pas compte des ressources humaines, qui sont les principaux intervenants au niveau de la santé, qui participent au maintien ou à l'amélioration de la qualité de la santé de la population québécoise. La loi 160 en fait complètement fi; ça c'est clair.

M. Chevette: Je vais vous poser la question que j'ai posée à la CSN. Il y a des relations assez tendues dans certains centres hospitaliers du Québec entre, d'une part, votre regroupement et, d'autre part, la profession d'infirmier et infirmière auxiliaire. Est-ce que vous êtes prêts à collaborer, à trouver un terrain d'entente pour

que ce climat de tension... Parce que je pense que le gouvernement n'y échappera pas. On continue à former des infirmiers et infirmières auxiliaires et, à l'intérieur de certains centres hospitaliers, dans les nouvelles orientations, les nouveaux objectifs qu'ils se donnent, c'est du personnel d'infirmiers et d'infirmières qu'on recherche, de sorte qu'il y a "collision" entre les deux groupes et c'est le climat à l'intérieur des hôpitaux qui s'en ressent. **Est-ce** que vous l'avez à plusieurs endroits ou si c'est spécifique à certaines régions?

Mme Lavallée: C'est plus spécifique à certaines régions où il y a encore beaucoup plus d'infirmières auxiliaires. Il y a certains centres, entre autres, dans la région de Montréal ou de Québec, où il y a moins d'infirmières auxiliaires que dans certaines régions éloignées ou périphériques. Mais on sait que c'est un problème qui existe et on devra le regarder. Je pense que la délégation des actes, la description des tâches de chacun des intervenants de la santé va devoir être regardée dans le but que les gens travaillent davantage en concertation et en collaboration plutôt qu'en confrontation et que chacun tire de son côté la "couverture" pour s'approprier le plus d'actes possibles pour préserver, à un moment donné, certains acquis.

Je pense qu'on a à regarder ça tous ensemble, mais la Fédération est prête à s'asseoir avec les différents intervenants qui oeuvrent dans le secteur de la santé pour qu'on regarde et qu'on établisse ensemble les tâches qui peuvent nous être dévolues et qu'on puisse s'entendre pour travailler dans une véritable concertation, toujours dans un objectif d'amener des soins globaux aux individus dans les établissements de santé.

Ce qu'on demande au gouvernement, c'est d'avoir une vision globale et d'amener une politique globale en santé. C'est la préoccupation qu'on a comme intervenantes, dans chacun de nos centres, d'avoir à travailler ensemble pour donner des soins globaux aux individus qui sont dans chacun des lits, dans les établissements de santé.

M. Chevette: Vous parlez des CLSC dans votre approche et vous leur attribuez, à bon droit je pense, le rôle de prévention. Mais que pensez-vous du rôle des CLSC comme porte d'entrée première dans tout le système, un peu à la manière dont votre confrère Larose l'a décrit avant vous?

Deuxième question - parce que, si je ne vous la pose pas tout de suite, je risque de ne pas avoir assez de temps pour la poser - j'ai reproché à la commission Rochon de ne pas avoir étalé au grand jour les aberrations ou les excès du système, ce qui nous aurait permis, à mon point de vue, de provoquer dans la population des volontés de changement. Vous qui vivez

quotidiennement à l'intérieur de centres d'accueil, de centres hospitaliers, quand on sait que l'argent sur le plan national est limité, mais que les besoins sont immenses, quelles sont les aberrations que vous constatez et que vous aimeriez voir corriger dans les meilleurs délais pour voir de l'argent réaffecté aux bons endroits?

(12 h 45)

Mme Lavallée: Bon, concernant la première question, pour ce qui est de la porte d'entrée des CLSC dans le réseau de la santé, je pense que cette vocation devrait demeurer, associée bien sûr aux services d'urgence qu'on connaît pour être en mesure d'affecter les individus aux bonnes ressources du milieu. C'est ce qui est urgent, à notre avis, de solutionner. Effectivement, les CLSC devraient être aussi le lieu de prévention par excellence dans le milieu. Les objectifs des CLSC devraient peut-être varier d'un milieu à l'autre en fonction de la clientèle de chacun des quartiers. Et, à notre avis, les CLSC sont loin d'être un dédoublement de structures en fonction des établissements de santé qu'on retrouve dans un territoire donné. C'est davantage un complément de santé qui s'occupe particulièrement de la prévention, quand on sait que nos urgences et nos établissements de santé sont axés davantage sur la question curative. Et on réitère l'importance de maintenir les CLSC comme étant la porte d'entrée dans le réseau.

Concernant les aberrations du système, je pense qu'il y en a de différentes sortes. On sait que, dans certains centres, la gestion des finances est déficiente et la gestion des ressources humaines aussi. C'est quelque chose qui serait à regarder. On sait qu'il y a une minorité de travailleurs - les médecins, pour ne pas les nommer - qui sont les plus grands bénéficiaires, en fin de compte, de notre système de santé et qui ont des avantages tout à fait personnels et pécuniaires à le maintenir comme ça. Et je pense qu'il va falloir s'attarder... Je parle bien sûr de la rémunération des médecins et du non-contrôle qu'on peut avoir et que le ministère a sur la quantité d'actes qu'ils peuvent faire et la justesse d'en faire un plus que l'autre.

Et je pense qu'une des grandes lacunes, c'est la méconnaissance des différentes structures qui existent dans le système de santé auxquelles les gens pourraient se référer, entre autres, la vocation des CLSC, de certaines polycliniques qu'on rencontre... Et tout ça permettrait peut-être à la population de s'acheminer vers les bonnes ressources plutôt que de se retrouver de façon automatique dans les salles d'urgence. Je pense que c'est à regarder. Mais, en tout premier lieu, ce qui est aberrant quand on parle de politique globale, c'est de ne pas voir ou de ne pas sentir une véritable volonté politique, une concertation entre les différents ministères - que ce soient les ministères de l'Éducation, de

l'Emploi, de la Santé - qui ferait en sorte qu'on pourrait travailler à réduire les irritants ou à réduire les causes premières de la détérioration de la santé de la population, qui sont souvent d'ordre social et économique. Je pense que c'est là qu'il faut vraiment concentrer davantage les énergies.

M. Chevette: Un très beau contrat.

Mme Lavallée: Un gros contrat.

M. Chevette: Je vous remercie beaucoup, Mme Lavallée. Je vous remercie, mesdames. Merci, M. le ministre, de m'avoir permis de poser des questions.

Le Président (M. Joly): M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Je me devais d'avoir tout le respect qu'on doit avoir pour un ex-ministre de la Santé. Quant à l'ex-futur, on s'en reparlera!

M. Chevette: On s'en reparlera!

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, c'est un moment privilégié que de recevoir des représentants de la FIQ, ce matin, compte tenu de leur connaissance du réseau, de toute la panoplie d'établissements qu'on peut imaginer à travers tout le Québec et de toutes les régions du Québec.

Je vais commencer par la fin de votre mémoire, parce qu'à la page 16 il y a un paragraphe qui me frappe, et parce que dans tout le mémoire il y a des craintes exprimées que je voudrais tenter de fouiller avec vous. Vous évoquez beaucoup la privatisation, comme si c'était une des forces de l'avant-projet de loi ou de l'idée de la réforme, alors que c'est évoqué, mais, quant à nous - peut-être qu'on le voit sous un autre oeil - de manière très marginale par rapport au reste. Et l'importance que vous y mettez m'oblige, ce matin, à regarder plus à fond ce qui de manière plus évidente à l'intérieur de l'avant-projet de loi et des orientations vous laisse percevoir un désengagement de l'État et un glissement vers le privé. On l'a dit en commission parlementaire et on va continuer de le répéter, puis on va tenter de le fouiller avec vous.

C'est pour ça que j'en arrive au dernier paragraphe de la page 16, où vous dites: "D'autres manifestations de renforcement de la privatisation se retrouvent également au chapitre du financement telle la création d'un fonds d'encouragement à l'innovation, laquelle est empruntée à la gestion des entreprises privées pour qui la passion de l'excellence et la gestion de la performance sont devenues le leitmotiv." Ce que j'ai toujours compris, moi, des infirmiers et

infirmières - pour avoir séjourné dans un centre hospitalier à trois reprises dans deux ans - c'était ça, la marque de commerce des infirmiers et **Infirmières**: l'excellence et la performance. Ça ne doit pas vous faire peur, parce que ce qui a fait la force de votre dernière négociation, c'est la reconnaissance par le public - vous en avez été les plus grands bénéficiaires, abstraction faite de la loi 160, quant au reste, à tout le moins - par la population que l'infirmière était l'élément clé de la dispensation des services. Et si la population le reconnaît, c'est parce qu'il y a excellence et qu'il y a performance, qu'il y a des soins humanisés. Le contact humain, tu l'as avec l'infirmière à l'hôpital ou dans les différents centres. Mais ça ne doit pas vous faire peur que ces notions-là apparaissent en termes de performance et d'excellence au niveau du réseau de la santé.

Mme Lavallée: Mais ça ne doit pas être que sur ça qu'on doit se baser pour permettre de donner un financement, soit à une organisation ou à du personnel. Je pense qu'on a largement prouvé que l'intérêt qu'on manifeste au secteur de la santé a fait en sorte qu'on a donné des soins de qualité, indépendamment du salaire qu'on pouvait avoir et même de la reconnaissance de la valeur de notre travail. Ce qu'on ne veut pas, c'est que ce soit ce barème-là seulement qui fasse en sorte qu'on **soit** en mesure de rémunérer soit les administrateurs, ou le personnel de la santé qui oeuvre dans les établissements. On ne pense pas que ce soit la seule façon de motiver les gens ou d'en arriver à une excellence. Je pense qu'il y a d'autres façons de procéder, et Francine va peut-être élaborer davantage là-dessus.

Mme Dufresne (Francine): Au sujet des clauses spécifiques de l'avant-projet de loi qui seraient plus précises en termes de privatisation des services, on ne les a pas article par article, mais il y en a quelques-unes qu'on peut relever. On en a mentionné une lors de la présentation de notre mémoire qui était sur les **OSIS**. Les **OSIS**, on n'en a pas parlé beaucoup à cette commission parlementaire. Je ne me souviens pas de l'article précis du projet, mais il y a quand même un article qui laisse une ouverture à ce genre de projet d'organisations de soins intégrés de santé. On a beau dire que les OSIS, telles que tout le monde les voit, c'est quand même un système qui est intégré au système public. Rien n'empêche que, quelque part, ces organismes sont empruntés aux HMO américains. Ça, tout le monde le dit, je pense qu'on n'apprendra rien à M. le ministre non plus. On pense que ça peut non seulement instaurer une espèce de concurrence à l'intérieur du système, mais que ça peut aussi instaurer une espèce de concurrence dans les services à distribuer et que ça peut créer, parce que... On **dit** aussi que les individus et les

bénéficiaires auront le choix d'y adhérer, mais H faudra quand même, selon les spécificités et les objectifs des OSIS, qu'ils soient davantage en santé que quelqu'un qui ne l'est pas pour pouvoir faire partie d'une OSIS.

Il y en avait d'autres. Il y en a deux qui me viennent à l'esprit aussi. Il y a la création des centres d'hébergement de soins prolongés, la fusion de certains centres de soins prolongés... En tout cas, je ne me souviens plus exactement. Ce n'est pas la création de ces centres comme telle qui nous pose problème, c'est plus les services qui pourraient être distribués par l'intermédiaire de ces centres qui pourraient faire appel aussi à des ressources privées. Je ne sais pas si vous comprenez ce que je veux dire.

M. Côté (Charlesbourg): J'aimerais qu'on soit plus précis parce que, dans mon livre à moi, il n'a jamais été question, d'aucune manière, que tous les services cliniques soient donnés au privé. Quand il a été question d'expériences au niveau de la privatisation, que ce soit dans des centres hospitaliers, que ce soit dans des centres d'accueil d'hébergement, il a toujours été question de cafétérias ou de buanderies, par exemple, ou de services qui n'affectent d'aucune manière les soins cliniques donnés à un bénéficiaire.

C'est pour ça que si c'était dans des soins cliniques, oui, je partagerais votre inquiétude. Évidemment, lorsqu'on parle d'expériences, on ne parle pas d'étendre ça à l'ensemble du réseau demain matin. Ça n'a aucun bon sens pour la simple et bonne raison qu'il y a des conventions collectives qui régissent l'ensemble de ces travailleurs avec des conditions qu'on doit respecter. C'est pour ça que votre crainte, à ce niveau-là, tant pour les OSIS... Quand il a été question des OSIS, il a été question d'expériences, dans des OSIS publiques et non pas dans des OSIS privées.

L'idée de ça, évidemment - elle est discutable sur la place publique, bien sûr - c'était de créer une certaine forme de compétition dans l'offre de services, non pas dans la multiplication, mais dans l'obligation d'offrir de la qualité en termes de services à la population. Du fait que c'était public plutôt que privé, la notion de profit, à ce moment-là, était éliminée pour davantage tenter d'avoir des soins plus organisés, avec toutes les réserves qu'on peut avoir vis-à-vis l'expérience américaine, en tentant d'éviter deux catégories de citoyens face à la santé: ceux qui ont de l'argent et ceux qui n'en ont pas; c'est évident.

Mme Dufresne: Ce qu'il faudrait peut-être, c'est que ce soit plus clair - parce que vous avez manifesté l'intention de revoir le projet presque mur à mur, là, de fond en comble - qu'il n'y a pas d'éléments de privatisation dans cet avant-projet de loi là.

Je voudrais, **peut-être**, juste rajouter quel-

que chose en ce qui concerne la gestion de la performance et l'excellence. C'est bien clair, comme vous le disiez, qu'une infirmière, c'est une intervenante et une ressource qui essaie, dans la mesure du possible, dans le contexte qu'on lui donne, avec les conditions qu'on lui donne, d'assumer ses tâches avec excellence. Le problème n'est pas là. Le problème, c'est que, dans les entreprises privées, souvent, ce genre de prime à l'excellence est fait aussi dans le but d'instaurer une certaine concurrence. Et on ne pense pas que, dans le secteur social et dans le domaine hospitalier, la concurrence telle qu'on la voit dans le secteur privé... La concurrence dans le social, ce n'est pas nécessairement la meilleure chose à faire. C'est dans ce sens-là, nous autres, qu'on le voit aussi.

M. Côté (Charlesbourg): Alors, écoutez, je partage entièrement votre opinion. Prime au rendement dans le milieu hospitalier... Peut-être que, sur le plan des administrateurs, ce serait bon s'il y avait une prime au rendement. J'ai l'impression qu'on pourrait peut-être sauver quelques piastres. Il n'est pas évident, lorsqu'on parle de dispensation de soins directement aux bénéficiaires, à ce moment-là, que ce soit... Ça n'a même pas été envisagé. Donc, je veux vous rassurer là-dessus.

Vous avez beaucoup évoqué - et je pense que le contexte s'y prête bien - les relations à l'intérieur des établissements avec les autorités. Vous dites: On est consultés, mais on n'est pas dans le processus décisionnel ou très peu. J'aimerais vous entendre davantage parce que, lorsqu'on parle des autorités, ça peut faire référence à bien du monde. Ça peut faire référence aux conseils d'administration, ça peut faire référence aux DG, ça peut faire référence aux DSP et j'aimerais vous entendre davantage là-dessus parce que, effectivement, vous discutez avec des médecins sur le rôle des infirmières sur le plan individuel, bien sûr, et vous discutez avec des directeurs généraux. Tout le monde admet que l'infirmière, c'est la cheville ouvrière de tout le système. Évidemment, je suis un petit peu étonné et, à l'occasion, ça nous arrive d'avoir des appels téléphoniques d'infirmières aussi, pour certaines réactions ou certains états de situation, et ça semble très largement présent. Alors, on fait quoi, demain matin, pour s'assurer qu'il y ait une meilleure complémentarité, une meilleure coordination et pour que tout le monde se sente davantage impliqué? Comment est-ce qu'on fait ça, parce que, jusqu'à maintenant, on n'a pas réussi?

Mme Lavallée: Concrètement, ça peut se faire à plusieurs niveaux. Il faut vraiment une volonté, par exemple, de chacun des administrateurs d'être en mesure de partager un certain pouvoir sur l'organisation avec les salariés qui y travaillent. Ça, c'est clair: à partir du moment

où il n'y a pas de volonté de la part des administrateurs et qu'il y a une chasse gardée très grande quant à tout ce qui concerne leur établissement, c'est difficilement instaurable. Ça peut se faire à différents niveaux - je parle dans un établissement de santé - tant au niveau d'un département, où souvent, les hospitalières avec du personnel-cadre de l'établissement tentent de réorganiser les soins de santé ou l'organisation du travail dans l'établissement... Dans certains départements, on consulte les infirmières là-dessus, dans d'autres, on ne les consulte pas et on arrive avec un plan de réorganisation du travail qui nous concerne directement dans notre quotidien et on doit le mettre en place, ce qui est souvent voué à l'échec ou ce qui provoque beaucoup de mécontentement. Donc, on voudrait qu'au moins à ce niveau-là on fasse partie prenante d'un genre de comité de réorganisation du travail dans les départements où on travaille pour être en mesure de participer aux décisions d'alignement de nouvelles organisations du travail. Ça, c'est une chose.

La même chose peut se faire au niveau des conseils d'administration des établissements de santé où le personnel, y compris les infirmières, devrait avoir une place importante au sein des conseils d'administration les représentant. Nous, ce qu'on souhaite... On a des structures syndicales reconnues au sein des établissements de santé, on est en mesure d'évaluer qu'on est le porte-parole des infirmières des établissements de santé par le biais de nos structures syndicales et on trouverait important que des représentantes des infirmières élues au niveau des assemblées syndicales puissent les représenter au niveau des conseils d'administration.

Et, bien sûr, ce qu'on souhaite aussi, parce que vous me parlez des directrices de soins infirmiers des DSC, c'est que ces infirmières et ce personnel cadre - vous allez peut-être être surpris de nous entendre parler au nom des infirmières-cadres dans un établissement de santé - aient une place beaucoup plus importante au niveau des processus décisionnels. Dans certains établissements, selon le pouvoir historique qu'elles ont eu ou non, elles ont une place plus ou moins importante, mais il est clair que ce n'est pas généralisé. On sait que les directrices des soins infirmiers sont les cadres qui gèrent la plus grande partie du budget de ressources humaines d'un établissement de santé et elles n'ont pas plein pouvoir quant à la distribution des sommes et à l'allocation des ressources. Donc, on souhaite que tous les intervenants au niveau de la main-d'oeuvre en soins infirmiers soient davantage mis à contribution au niveau des instances décisionnelles et non pas seulement consultatives. Quand on dit "consultatives", ce n'est même pas étendu partout. Qu'on consulte les infirmières ou même, à certains moments, les directrices de soins

infirmiers sur de grandes réformes qui vont être faites, pour lesquelles on nous consulte tout au plus mais on prend des décisions sans qu'on y soit intégrées. Je pense que quand on parle de concertation on a avantage à faire en sorte que les représentants des différents groupes de salariés dans un établissement de santé, comme on le disait tantôt, qui ont une expertise et un intérêt pour la santé et, du moins, pour l'établissement dans lequel ils travaillent quotidiennement puissent participer, être mis à profit, beaucoup plus que ce qu'on rencontre présentement.

Pour ça, c'est sûr que ça va demander de la part des directeurs en place une plus grande ouverture et une moins grande peur de perdre du pouvoir. On ne veut pas se substituer à leur droit de gérance, pas du tout. Je pense qu'on sait où se trouve la place des administrateurs d'un établissement de santé, et on ne veut pas endosser toutes ces responsabilités et on ne veut pas non plus leur enlever leur poste. Ce qu'on veut, c'est qu'on nous consulte davantage et qu'on nous fasse participer au processus décisionnel d'orientation, d'objectifs, d'allocation de ressources, à tout ce qui concerne l'organisation du travail et tout ce qui nous touche dans notre quotidien.

M. Côté (Charlesbourg): Je suis obligé de faire un choix quant à mes questions. J'en avais plusieurs en écoutant votre présentation. Je parlerai de dédoublement de services. Vous êtes présentes dans des départements de santé communautaire, vous êtes présentes dans des CLSC. Est-ce qu'il n'y a pas des fonctions qui sont actuellement dévolues aux départements de santé communautaire qui pourraient l'être aux CLSC, à partir du moment où, demain, on décide que maintenant la porte d'entrée du système, c'est le CLSC?

C'est pour ça que je vais en accrocher une deuxième en même temps. Parce que vous avez dit: Une réforme sans argent, ça risque d'être une réforme qui ne se fera pas ou qui n'atteindra pas ses objectifs. Je pars plutôt du principe que, avant de demander des sommes additionnelles à mon gouvernement, je vais lui faire la démonstration que ce que j'ai maintenant est bien utilisé, qu'il n'y a pas dédoublement et ce sera plus facile d'en obtenir par après. Est-ce qu'il n'y a pas là, entre départements de santé communautaire et CLSC, des fonctions qui pourraient facilement être faites par les CLSC et, par là, éliminer le dédoublement de services et faire en sorte que les CLSC deviennent la porte d'entrée?

Mme Fortler (Lucie): On a de moins de moins d'infirmières, malheureusement, dans les DSC qui revendiquent une catégorie de salariés très scolarisés, parce qu'ils font énormément de recherche **épidémiologique**, d'enquêtes environ-

nementales. Les DSC s'occupent, habituellement d'un secteur très large, d'un territoire beaucoup plus grand qu'un CLSC. Ils ont un niveau d'intervention public, un niveau de conscientisation, une recherche de solutions par rapport à des cas **épidémiologiques** ou environnementaux importants: pollution, **santé** et sécurité du travail, et ainsi de suite.

Les CLSC ont une vie beaucoup plus communautaire. Ils sont une porte d'entrée, oui, du système pour être capable d'orienter les gens dans les différents services auxquels ils ont accès. Mais je ne pense pas qu'il y ait dédoublement. C'est vrai que certains CLSC s'occupent de **prévention**, entre autres, en santé et sécurité du travail. Mais, jusqu'au moment où tous les secteurs - nous l'espérons - deviendront sécuritaires en santé et sécurité, les DSC vont avoir un boulot très grand à faire. Si on veut demeurer en CLSC avec un objectif prioritaire de prévention pour la communauté et aussi faire de lui ce qu'il aurait dû être depuis le début, la porte d'entrée du système et répondre aux besoins mineurs et immédiats de la population pour désengorger le système hospitalier, je ne pense pas qu'il puisse y avoir possibilité de dédoublement si les rôles et fonctions de ces deux institutions sont clairement définis. Je ne pense pas que l'un puisse disparaître pour être totalement comblé par l'autre.

Le Président (M. Joly): Malheureusement, M. le ministre...

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, ce sont des discussions qu'on aura très certainement encore pendant un couple de mois avant de prendre des décisions finales. Je me garde toujours la liberté de pouvoir poursuivre des discussions avec les intervenants pour fouiller des points un peu plus pointus. Mais, une chose est certaine, c'est qu'on ne réussira pas à faire une réforme importante si on ne tient pas compte du fait que les infirmières sont, comme tout le monde le dit, l'élément indispensable du réseau, dans mon esprit à moi, davantage que les médecins encore. Malgré le fait que ce sont encore eux qui sont les mieux placés pour les diagnostics, le rôle de l'infirmière pour le bénéficiaire... Parce que c'est le bénéficiaire qui doit être au centre de nos préoccupations en termes de réforme, non pas l'infirmière, non pas le médecin, le bénéficiaire. Je pense qu'on a encore un coup de barre à donner assez important. Et on verra ce que ça va donner. On se retrouvera très prochainement à une table de concertation et, à en juger par les échanges qu'on a, je pense que ça peut être profitable pour la société. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. À mon tour, au nom des membres de cette commission, il me fait plaisir de vous

remercier. Alors, nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 16 h 30, en cette même salle. Merci.

(Suspension de la séance à 13 h 6)

(Reprise à 16 h 41)

Le Président (M. Joly): Mesdames, messieurs, bienvenue à cette commission. Nous allons maintenant reprendre nos travaux. Je vois que déjà, je pense, les gens qui représentent le Regroupement des directrices des écoles universitaires en sciences infirmières sont avancés. C'est bien ça? Oui. Je vous explique brièvement un peu la procédure. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous présenter votre mémoire de la façon la plus concise possible après, je pense que la valeur de tout ça, c'est dans l'échange. Alors, autant le côté ministériel que le côté de l'Opposition se réservent le privilège de vous poser quelques questions. Alors, j'apprécierai si la personne qui représente le groupe pouvait s'identifier et aussi nous identifier les personnes qui l'accompagnent.

Regroupement des directrices des écoles universitaires en sciences infirmières du Québec

Mme Thibaut (Marie-France): Je suis Marie-France Thibaut. Je suis la doyenne de la Faculté des sciences infirmières à l'Université de Montréal. Mes collègues sont, à ma droite, Mme Olive Goulet, qui était directrice de l'École des sciences infirmières de l'Université Laval jusqu'au 12 mars; maintenant, elle est professeure, elle a moins de problèmes. Elle était présente lors de la rédaction du document; alors, elle est venue. Mme Andrea Laizner, à ma gauche, professeure à l'Université McGill et présidente de l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing pour la région du Québec.

Alors, nous voulons d'abord vous remercier de nous offrir l'occasion de participer à cette commission pour y présenter des explications complémentaires à notre document. Avant d'entrer dans le sujet, me serait-il permis de vous dire que nous représentons les directrices de neuf écoles universitaires. Trois de ces écoles, l'Université Laval, McGill et Montréal, ont des programmes de formation initiale en sciences infirmières, et toutes les neuf écoles, qui incluent cinq campus de l'Université du Québec et Sherbrooke, ont des programmes de baccalauréat pour les infirmières et les infirmiers qui détiennent déjà un DEC en techniques infirmières. Montréal et McGill ont un programme de maîtrise en sciences infirmières, et ont déposé au Conseil des universités et à la CREPUQ un programme de Ph.D. pour former des

chercheurs en sciences infirmières. Et à l'Université Laval, on aura bientôt, aussi, un programme de maîtrise en sciences infirmières.

L'association des écoles universitaires regroupe les professeurs de cinq écoles et il y a quatre composantes de l'Université du Québec qui sont sur le point de se joindre à cette association. Nous voulons axer notre présentation sur quatre points: les objectifs du système de santé; la place des services infirmiers dans ce système, place qui n'existe pas dans l'avant-projet de loi ou presque pas; la formation des infirmières et le rôle que jouent les établissements de santé dans cette formation; et les rôles que les infirmières universitaires peuvent exercer dans le système.

Les objectifs du système de services de santé et de services sociaux, tels que décrits dans le projet de loi, sont louables et nécessaires, mais ils sont insuffisants. Comme nous l'avons dit dans notre texte, un des problèmes fondamentaux du système de santé, c'est son orientation axée davantage vers la maladie que vers la santé. C'est un système qui est préoccupé surtout par les services curatifs et beaucoup moins par la promotion de la santé et la prévention. On peut modifier et changer les structures, et les pouvoirs ad nauseam, si on n'arrive pas à orienter le système vers la santé et à établir des objectifs de santé clairement définis, on ne pourra entraîner les intervenants à agir dans ce sens, et on formera des professionnels qui vivront des conflits importants dans les services.

La prévention et la promotion de la santé, comme on l'a dit, devraient être l'objectif de tous les intervenants dans le système. Il est évident que certains services, comme le CLSC et le DSC, devraient avoir cette mission en priorité et que toutes leurs activités, qu'elles soient curatives ou préventives, devraient aussi être accompagnées d'interventions qui amènent la clientèle à améliorer ses connaissances et ses habiletés, à prendre soin de sa santé et de ses problèmes de santé courants, à développer son sens de responsabilité personnelle et sociale et à compter plus sur ses ressources et sur son environnement que sur l'État. Il y a évidemment des gens plus démunis qu'il faudra aider davantage dans ce cheminement et les services devraient les aider davantage, particulièrement les CLSC - qu'est-ce que ça veut dire, c'est Hydro-Québec, ça? - mais il faut y mettre le temps et les ressources, ce que beaucoup d'entre eux n'ont pas suffisamment.

Notre deuxième point touche l'absence des services infirmiers ou presque dans l'avant-projet de loi. Nous ne voulons pas faire un grand plaidoyer en faveur de la nécessité des soins infirmiers qui constituent un service essentiel à la population. C'est une évidence acceptée de tous. En tout cas, on le croyait, nous. Que ce service, qui comprend le plus grand nombre de

professionnels de la santé dans le centre hospitalier, n'ait pas, dans cet avant-projet de loi, son autonomie, une direction qui planifie, dirige, coordonne et contrôle les soins nous préoccupe au plus haut point, mais ne nous étonne pas quand on se rend compte que tout l'avant-projet de loi est construit dans une optique médicale. On décrit les fonctions du directeur des services professionnels en beaucoup de détails. Quant au directeur des soins infirmiers, on écrit: "Il exerce les fonctions prévues au plan d'organisation et aux règlements." Point. Article 103.

À l'article 104, on lit: "Si le plan d'organisation d'un centre le prévoit, le conseil d'administration nomme, après avoir pris l'avis du directeur général, un directeur des soins infirmiers" et ainsi de suite. On ne serait même pas assurés que, dans un centre de soins de longue durée ou un centre d'hébergement, il y ait une directrice des soins infirmiers.

Dans les CLSC, quand le **coordonnateur** d'un module qui a plusieurs infirmières sous sa responsabilité n'est pas une infirmière, comment peut-il contrôler, planifier, diriger, évaluer des actes qu'il ne connaît pas? Et, surtout, comment peut-il aider et conseiller son personnel infirmier? Si ce personnel infirmier a une formation universitaire, la situation est plus facile, mais si ce personnel est moins expérimenté ou est moins bien formé pour exercer ses actes, que se passe-t-il? C'est assez facile de donner une réponse.

Si on veut compter, comme l'avant-projet de loi le demande, sur la participation de la population, sur une gestion participative, il faudra donner aux infirmières la possibilité d'exercer pleinement leur pouvoir de décision et leur capacité de leadership. Ainsi, on arrivera probablement à contrer la pénurie d'infirmières.

Maintenant, Mme Goulet va vous expliquer le troisième point ayant rapport à la formation.

Le Président (M. Joly): Allez-y, madame Goulet.

Mme Goulet (Olive): Ma collègue vous a entretenus de nos vues concernant les objectifs du système de santé et de services sociaux, et des pouvoirs qui, à notre avis, devraient légalement être conférés aux directrices des services de soins infirmiers. Les directrices des services de soins infirmiers sont nos interlocuteurs privilégiés dans les établissements de santé, lorsque nous cherchons à développer, à consolider ou à améliorer la dimension pratique des programmes de formation universitaire en sciences infirmières qui sont offerts dans les universités québécoises. Ce sont aussi nos interlocuteurs privilégiés lorsque nous voulons organiser les stages de nos étudiants.

C'est ce qui m'amène à vous exposer nos inquiétudes concernant le peu de place que le projet de loi fait aux responsabilités des établissements du système par rapport à la formation

des professionnels de la santé, autres que les médecins. En tant que gestionnaires d'unités d'enseignement et de recherche en sciences infirmières, nous avons besoin des établissements de santé pour mener à bien la formation des infirmières et des infirmiers. Nous avons également besoin des milieux cliniques pour la recherche afin de développer le savoir dans le domaine des soins infirmiers.

De prime abord, la désignation de centres hospitaliers universitaires, à l'article 33, et d'instituts universitaires, à l'article 37, paraît rassurante. Cependant, un examen attentif indique qu'à l'exception de l'article 37, qui spécifie le rôle et le statut des instituts universitaires, la loi ne confère pas de responsabilités aux établissements de santé en ce qui a trait à la formation des professionnels de la santé. Ainsi, par exemple, à l'article 33, il est uniquement question de formation médicale.

De plus, nous sommes étonnées et déçues que les CLSC n'aient aucun mandat clair concernant la formation des professionnels de la santé et des services sociaux. Ces établissements implantés dans les milieux au cœur des problèmes de santé de la population ont un rôle-clé à jouer dans l'atteinte des objectifs du système et nous croyons que toutes les mesures devraient être prises pour assurer leur consolidation. Nous croyons également qu'ils devraient être facilement accessibles comme milieux de stage pour nos étudiants, ce qui n'est pas le cas présentement. Nous croyons que la loi devrait leur reconnaître une responsabilité en matière de formation. Si nous voulons vraiment que les futurs infirmières et infirmiers soient efficaces dans un système qui préconise la **désinstitutionnalisation**, le médecin dans le milieu, l'autonomie de la population en matière de santé, il est nécessaire qu'ils aient accès à ces milieux de pratique pendant leurs études, ce qui leur permettrait de constater de visu ce que signifie la réalité quotidienne d'un problème de santé.

Par ailleurs, autant dans les centres hospitaliers universitaires et les instituts que dans les CLSC, il est impérieux que la reconnaissance d'une responsabilité en matière de formation pratique des futurs professionnels de la santé soit assortie d'un financement approprié. En effet, les stages en milieu clinique engendrent des coûts additionnels particuliers que ni les établissements de santé ni les universités ne sont en mesure d'absorber présentement. Dans un contexte de pénurie d'effectifs infirmiers, il serait assez dramatique de refuser des étudiants ou de contourner les programmes de formation à cause de la difficulté de financer la formation pratique. Enfin, même si nous éprouvons des problèmes au chapitre de la formation pratique des infirmiers et des infirmières qui sont étudiants à l'université, nous arrivons à diplômer des professionnels qui ont une contribution très riche à apporter au système, ce dont Mme

Lalzner va vous convaincre, j'en suis certaine.

Le Président (M. Joly): Allez, madame.

Mme Lalzner (Andrea): Le rôle de l'infirmière est devenu tellement étendu. Les besoins de la population en matière de santé sont la raison d'être de la profession d'infirmière. L'accent étant placé sur la santé, l'infirmière aide la clientèle à établir et à atteindre ses propres objectifs de santé dans des situations variées en milieu naturel et institutionnel. Toutes ces activités du rôle de l'infirmière **professionnelle** visent à donner au client et à sa famille le contrôle des décisions affectant leur santé et à les aider à apprendre comment composer avec leur situation de façon aussi à améliorer leur qualité de vie. L'accès à cette formation universitaire forme des infirmières avec des connaissances en sciences biologiques, sciences humaines, sciences sociales, sciences infirmières qui leur donnent une base de connaissances tellement **compréhensives** et aussi les aide à comprendre la complexité de la situation de l'individu dans notre société d'aujourd'hui.

Nous avons des exemples à vous donner au point de vue de ce que l'infirmière peut faire au niveau de la population. Nous avons des spécialistes cliniciennes qui comprennent la situation des personnes âgées, la situation des personnes avec des maladies mentales; des infirmières qui sont spécialisées aussi pour comprendre ce qu'est l'effet d'avoir une maladie chronique lorsqu'il y a des membres de la famille qui soignent ces individus à domicile. Souvent, ces individus sont dans des états de confusion très difficile aussi pour ces personnes et les membres de leur famille. Nous avons fait plusieurs études et recherches qui **démontrant** que ces personnes, qui sont des soignantes, deviennent souvent elles-mêmes des clientes de nos services de santé. Nous avons aussi l'information que les infirmières peuvent intervenir au niveau de l'utilisation du téléphone avec des personnes qui veulent avoir accès, par exemple, aux services de Urgences-santé. Ces infirmières sont capables de faire le triage, avec l'effet, peut-être, que la famille peut solutionner le problème sans avoir besoin de se rendre au service d'urgence de l'hôpital.

Nous avons aussi l'exemple des infirmières qui interviennent chez les personnes qui ont subi des infarctus coronariens et qui, maintenant, sont capables de vivre sans beaucoup de morbidité, sans devoir avoir accès à ce même type de services. Nous avons aussi des exemples d'infirmières qui assistent des personnes atteintes d'un cancer, qui peuvent vivre et retourner à une vie normale dans la société pour longtemps. Si les personnes arrivent à la fin de leur vie, nous avons aussi les services de l'Entraide Ville-Marie, à Montréal, où les infirmières font des visites à domicile et aident les familles à avoir une qualité de vie assez normale, si

possible.

Nous avons aussi des exemples où les infirmières sont capables d'intervenir au niveau de la salle d'urgence, chez les familles monoparentales. Maintenant, les jeunes enfants qui entrent dans les écoles doivent voir aussi à prendre soin de leur santé. Nous avons beaucoup de connaissances dans ce domaine.

Ce sont des exemples qui ne sont pas tellement expliqués. Ce que je veux dire, c'est que, dans les services de santé, l'infirmière joue un rôle **"pivotal"**, l'infirmier aussi. Il est très important de montrer à la population comment utiliser les services de santé pour atteindre une meilleure qualité de vie.

Le Président (M. Joly): Merci, madame. Est-ce que vous avez autre chose à rajouter?

Mme Thibaut: Je veux juste dire que, quand on dit le mot "infirmière", ça inclut aussi le mot "infirmier", parce que, dans notre langage, le féminin inclut le masculin et inversement.

Le Président (M. Joly): Merci, madame. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Lorsque nous avons eu à signer la convention collective avec les Infirmières et les infirmiers, j'ai dit: Comment se fait-il qu'on ne voie pas **"infirmier"**? C'est là qu'on m'a expliqué la règle d'or qui fait qu'on se comprend bien aujourd'hui.

Vous insistez sur le fait qu'au niveau du projet de loi il n'est pas suffisamment fait état ou bien encadré qu'on veut reconnaître la pratique de soins infirmiers de manière un peu plus globalisante, comme le fait un projet de loi. Qu'est-ce que ça changerait, demain matin, si on le faisait de manière plus explicite, dans le quotidien, là?

Mme Thibaut: Bien, pour les services infirmiers - et là, je pense à l'hôpital - à mon avis, vous auriez une revalorisation dans cette fonction. À l'heure actuelle, ce qui se passe dans les services, avec l'effet de la loi 27, les infirmières en chef, par exemple, font beaucoup de choses comme s'occuper des ressources de toute l'unité, faire un budget, tout ça, et c'est signé par un médecin. Vous savez, quand on peut contrôler et dire réellement: C'est moi qui planifie, qui gère ça et je le contrôle, il me semble qu'il y a une valorisation à ça. C'est comme si on était dans une sorte de dépendance, qu'on n'était pas assez grands, capables de se débrouiller. Les directrices des soins infirmiers, dans une large mesure, sont celles qui mènent le milieu. Le danger de ne pas l'avoir dans la loi, c'est ce qui va se passer après. Si, par exemple, on n'a pas la fonction de la directrice des soins

infirmiers, avec les pouvoirs qu'une direction implique, eh bien, dans le plan d'organisation, il n'y en aura **peut-être** plus. Je connais un hôpital, à Montréal, où on a mis la directrice des soins infirmiers dans une petite **case** en bas dans l'organigramme, rôle-conseil, et les infirmières se sont mises à partir de l'hôpital parce qu'elles ne voyaient plus bien qui était leur directeur, à qui elles devaient répondre de leurs actes. Je pense que ça peut devenir assez grave. Est-ce que ça... (17 heures)

M. Côté (Charlesbourg): Ça me donne une explication, mais jusqu'où faut-il aller? Parce que c'est ça, ce n'est pas le fait de ne pas le faire. Je pense qu'on peut examiner la possibilité, effectivement, sur le plan de la loi, de faire un bout de chemin, mais jusqu'où doit-on aller, jusqu'où va-t-on en termes de détermination de ses responsabilités par rapport au médecin, on peut dire mais aussi par rapport à l'infirmière auxiliaire qui, elle aussi, veut avoir sa place au niveau du centre hospitalier?

Alors, je comprends le point que vous évoquez là et Dieu sait les problèmes qu'on a sur le plan de la revalorisation de la tâche de l'infirmière, à ce moment-ci, et tous les **problèmes** qu'on a connus. **Mettez-en** 160 problèmes, si vous voulez, on va finir par se comprendre. Mais **est-ce** qu'il y a une limite où ça va être acceptable? Il y a des batailles assez épiques, évidemment, dans les champs de compétence de chacun. Comment fait-on ou jusqu'où va-t-on pour être capables de le définir et, effectivement, de revaloriser le rôle?

Mme Thibaudeau: Moi, je pense à certaines petites choses, par exemple; d'abord, **écrire** le rôle, les pouvoirs de la directrice, qu'elle planifie, développe les soins, les gère, les contrôle, déjà, ça va être énorme. Il y a une autre chose; au conseil d'administration, moi, je pense qu'il serait intéressant, à cause de l'expérience que j'ai vécue dans les conseils d'administration, que le directeur des services professionnels et la directrice des soins infirmiers soient là parce que ça informe les membres du conseil d'administration, qui sont des gens de l'extérieur, sur réellement ce qui se passe dans une institution.

C'est parce que, vous savez, quand vous arrivez sur un conseil d'administration de l'extérieur, vous avez tous ces papiers, toutes ces feuilles qui viennent du ministère, les formules financières, par exemple, et ça vous prend presque un an à comprendre ce système compliqué. C'est important pour ces gens-là de pouvoir demander à ces personnes, qui ont les deux pieds dans la tâche et qui le peuvent, de leur expliquer ce qui se passe. Et moi, je pense que, dans les conseils d'administration, si vous aviez, bien, les gens de l'extérieur, comme vous l'avez prévu, mais aussi ces deux personnes, à mon avis, qui sont des **personnes-clés**, soit le

directeur des services professionnels et la directrice des soins infirmiers, déjà, vous venez à ça - où les **travailleuses** sont en plus grand nombre et dans les soins de première ligne, sur le champ de bataille, dans les milieux, ainsi de suite. Moi, je pense qu'il va falloir, quelque part, qu'on dise qu'elles sont des membres à part entière et que, dans les CLSC, quand il y a un module où il y a surtout des infirmières, il faut que la personne responsable de ce module-là soit une **infirmière**.

Il faudrait les mettre quelque part dans les CLSC - et j'ai fait une intervention par rapport à ça - où les **travailleuses** sont en plus grand nombre et dans les soins de première ligne, sur le champ de bataille, dans les milieux, ainsi de suite. Moi, je pense qu'il va falloir, quelque part, qu'on dise qu'elles sont des membres à part entière et que, dans les CLSC, quand il y a un module où il y a surtout des infirmières, il faut que la personne responsable de ce module-là soit une **infirmière**.

M. Côté (Charlesbourg): J'ai été...

Mme Thibaudeau: As-tu des choses à ajouter?

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

Le Président (M. Joly): Oui, madame.

Mme Goulet: Ce que je dirais, c'est que les infirmières, dans les établissements de santé, que ce soit tes hôpitaux ou les CLSC, sont peut-être les personnes qui ont la vue la plus globale des répercussions d'un problème de santé sur le vécu de la personne. À cet égard, je suis tout à fait d'accord avec ma collègue pour dire que je pense que, dans le projet de loi, le directeur ou la directrice des services de soins infirmiers devrait avoir au moins la même importance que le directeur des services professionnels. C'est comme si tout le vécu du système se rejoignait dans ces deux **personnes-là**, les services professionnels étant peut-être plus garants de la technique, de la technologie ou du high-tech, si vous voulez, et les soins infirmiers plus garants du "high touch". À ce **moment-là**, ils se rejoignent. Et ça, les sociologues le disent depuis très, très longtemps.

M. Côté (Charlesbourg): C'est l'expérience qui parie: high-tech, "high touch". J'ai été particulièrement impressionné par une démonstration qu'on a eue des directrices de soins infirmiers de quatre hôpitaux de la région de la **Montérégie** où on a pu aborder un certain nombre de problèmes très intéressants. Je ne veux pas qu'on passe plus de temps sur cet **aspect-là**, malgré le fait qu'il soit important, mais vous pariez de formation. Vous prenez soin d'en parler longuement dans votre mémoire et de revendiquer un certain nombre de choses sur le plan de la formation quant à l'accessibilité aux centres hospitaliers universitaires ou aux instituts, par exemple, ou aux CLSC. Selon mon souvenir - en 1968, j'étais au cégep de Matane et il se donnait un cours pour infirmières à Matane - l'accès direct à l'hôpital, à l'époque,

c'était automatique, sur le plan de la formation et des stages qu'il fallait y faire. Ce que vous souhaitez, c'est qu'on ait davantage accès aux ressources de CHU sur le plan de la formation. Ça signifie qu'aujourd'hui vous ne l'avez pas ou que ce n'est pas institutionnalisé. Est-ce que c'est ça que je dois comprendre?

Mme Goulet: Non, pas précisément. Je pense que, traditionnellement, depuis la mise en place des programmes de formation initiale dans les universités, à partir de l'année 1961, on a eu une assez bonne collaboration des établissements de santé, en particulier des hôpitaux. Seulement, maintenant, le nombre d'étudiants augmente et ce qui se produit, c'est que les hôpitaux sont très intéressés à avoir des stagiaires, mais ça implique des coûts additionnels d'avoir des stagiaires. En tout cas, dans la région de Québec, parce que c'est celle que je connais le mieux, l'université a un contrat d'affiliation avec les établissements hospitaliers. Les établissements engagent le personnel, libèrent des infirmières qui vont agir comme superviseurs cliniques et ça leur coûte très cher. Il n'y a rien dans leur budget qui leur permet d'assumer ces coûts additionnels. D'autre part, l'université les rémunère jusqu'à un certain point, mais on a fait des calculs encore récemment et il y a comme pas de commune mesure entre ce que l'université est capable de payer, il n'y a pas moyen, à l'heure actuelle, de combler le fossé, si vous voulez, qu'il y a entre les coûts imputés à l'hôpital et ceux que l'université est capable de rémunérer.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, vous avez abordé la question, puis j'allais directement vers celle-là, parce que j'allais poser la question: Quelle est la part, compte tenu que la formation relève des universités, donc du MESS, de support sur le plan financier qui est donné aux centres hospitaliers qui, eux, vont accepter d'avoir des stagiaires, donc de fournir l'encadrement? Je pense que le ministère de la Santé et des Services sociaux a une part de responsabilité, mais, sur le plan de la formation, ça relève d'abord et en tout premier lieu du MESS et, par conséquent, des universités aussi. Alors, ce que vous nous dites, c'est que c'est un problème d'argent au niveau des centres hospitaliers, de sous-financement de la part du MESS quant à nos institutions pour avoir l'encadrement qu'il faut au niveau des stages.

Mme Goulet: Oui, mais ce que je vous répondrais à ça, c'est qu'en fait le ministère de la Santé est l'employeur de tous les professionnels de la santé. Enfin, le sens de mon intervention, c'est de dire: S'il vous plaît, comme vous êtes l'employeur des professionnels que nous formons, insistez auprès de vos collègues de l'éducation pour qu'ils reconnaissent, dans le financement, les coûts qui nous incombent pour

de la formation pratique. Ce qui est incompréhensible, c'est que la formation pratique en techniques infirmières au cégep, par exemple, est financée, mais depuis les interventions, depuis les mémoires, pas sur le Code des professions, mais en tout cas, on a dit qu'on ne pouvait pas financer la formation professionnelle à l'université, mais les stages sont indispensables dans le domaine de la santé.

M. Côté (Charlesbourg): Eh...

Mme Thibaut: M. le ministre, j'aimerais intervenir parce que moi, j'ai une histoire encore plus complexe que la sienne parce que je suis à Montréal.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

Mme Thibaut: Dans le gros circuit...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui.

Mme Thibaut: ...où il y a 14 hôpitaux affiliés à l'Université de Montréal.

M. Côté (Charlesbourg): Dans les grosses ligues.

Mme Thibaut: Oui, oui, et il y a des sommes, je le sais, importantes qui s'en viennent à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et qui s'en vont dans les hôpitaux, mais nous, on ne les voit pas. Moi, je finance chaque stage, chaque personne que j'engage qui s'en va à l'hôpital avec les étudiants, ça vient de mon budget et je suis en compétition avec tous les autres doyens dans l'Université de Montréal, que ce soit en sociologie, que ce soit... Vous vous rendez compte comment il faut se débattre. Le problème qu'on a, nous, c'est qu'on n'a pas accès à des professeurs de cliniques parce que les facultés de médecine ont des professeurs de cliniques non payés, mais ils ont des droits d'accès à l'hôpital et ils ont la "castonguette". On n'a pas ça, nous. Alors, vous vous rendez compte que la situation est complexe. Ah! Ils nous disent: Vous avez des bureaux, madame. Vous avez la photocopie. Peut-être que vous pouvez utiliser la bibliothèque, mais à la bibliothèque, ce sont des livres de médecine; ce ne sont pas des livres dont on a besoin. Alors, vous savez, c'est compliqué.

M. Côté (Charlesbourg): Mais je trouve ça intéressant par rapport à ce qu'on a entendu hier soir des doyens des facultés de médecine qui, eux mêmes, venaient de nous dire qu'ils étaient les parents pauvres du système. Mais ce que je comprends...

Mme Thibaut: Je ne dis pas qu'ils ne sont pas pauvres, mais je dis qu'on est plus

pauvres encore.

M. Côté (Charlesbourg): Non, d'accord, je comprends. Non, non, je comprends parce que...

Mme Thibaut: Nous, on est défavorisés. Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Oui, parce que ce sont 14 000 000 \$ actualisés que le ministère de la Santé et des Services sociaux a transférés au MESS pour les CHU et les instituts, et qui sont donc utilisés sur le plan de la formation. Donc, ça, c'était notre part de responsabilité, quant à nous, ce transfert au MESS, et c'est de l'argent, beaucoup d'argent, 14 000 000 \$. Ce dont je me rends compte, c'est qu'il y a un problème particulier au niveau de la formation des infirmières, qui est assez important et qui n'a été soulevé par personne jusqu'à maintenant de la manière dont vous le soulevez. C'est fort à propos parce que, on l'a dit depuis le début, l'infirmière, c'est la cheville ouvrière de l'humanisation des soins en plus au niveau des centres hospitaliers et un peu partout. Donc, c'est un point qui méritait qu'on s'y attarde parce qu'il **m'apparaît** extrêmement important. Vous avez bien fait de le soulever. J'ai pris quelques petites notes pour être capable de fouiller davantage et, au besoin, je prendrai soin de vous téléphoner pour m'en faire expliquer davantage.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître le député de **Rouyn-Noranda-Témiscamingue** et aussi critique pour sa formation en matière de services sociaux.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Effectivement, à titre d'ex-recteur d'université, je peux confirmer au ministre qu'il y a toujours l'éternelle course lorsqu'on arrive au stage pratique pour les étudiants et les étudiantes qui sont inscrits pas en techniques, mais au niveau des programmes de sciences infirmières. C'est la bataille avec les institutions pour l'accueil, d'autant plus qu'effectivement, par exemple, au niveau de la formation des psycho-éducateurs, il y a une compensation du ministère de l'Éducation qui est donnée à l'institution pour payer l'encadrement au niveau des stages dans les institutions de l'éducation ou des institutions similaires. Lorsqu'on arrive au niveau des infirmières, de la formation dans les programmes de nursing, on n'a pas ces mécanismes-là et, effectivement, on est obligé de ronger un peu partout. Traditionnellement, ça se traduit par l'appel, soit du recteur, ou du doyen, ou de la directrice de l'école, dans l'hôpital ou dans les hôpitaux pour les supplier, en quelque sorte, d'accueillir les étudiants et étudiantes. Comme on dirait dans un langage peu châtié, c'est une **"run"** que j'ai faite pendant dix ans, deux fois par année: en octobre

pour le stage 1 et, au printemps, pour les stages 2 et 3, dans les programmes de sciences infirmières. Je suis bien content que le ministre vous dise aujourd'hui qu'il va regarder ce problème spécifique pour la formation au niveau du nursing.

Si vous le permettez, compte tenu que le temps passe très rapidement et que nous allons être obligés de couper un petit peu, j'irais sur d'autres aspects de votre mémoire, en particulier dans ce qui est intitulé **"Autres commentaires"** à la fin de votre mémoire, sur, justement, la pratique médicale. Vous questionnez, je pense, à très juste titre, toute la pratique médicale en cabinet privé par rapport à notre système en milieu hospitalier et en milieu institutionnel en **CLSC**. Comment voyez-vous ça, vous autres, l'arrimage de la pratique médicale en cabinet privé avec le système? Quel serait le pivot sur lequel on devrait s'appuyer pour définir le fonctionnement de l'un et de l'autre, puisque vous avez aussi fait appel à une notion sur laquelle on a beaucoup insisté devant cette commission, la notion de **complémentarité?**
(17 h 15)

Mme Thibaut: Bon. C'est une question très complexe; je ne l'ai pas étudiée à fond, mais il me semble que, quand on regarde un système de santé, il faut en regarder toutes les composantes. On ne peut pas regarder, d'une part, seulement les établissements, puis, d'autre part, tout le système parallèle qui est à côté. Il me semble qu'il y a une relation très étroite entre les deux et elle n'est pas regardée. Elle n'est pas dans l'**avant-projet** de loi et je pense qu'elle n'était pas dans la commission Rochon non plus. Mais je me dis qu'une fois pour toutes il va falloir regarder tous les morceaux ensemble. Je vais vous donner juste un exemple. Par exemple, pourquoi faut-il avoir des médecins dans un CLSC quand, à côté, on a trois ou quatre cliniques privées? Pourquoi ne ferait-on pas des ententes CLSC et cliniques privées où les infirmières font le triage, elles regardent les patients et elles voient leurs problèmes? Parce que vous savez que le quart des gens vont dans le système de santé pour chercher le bonheur.

M. Trudel: Ha, ha, ha!

Mme Thibaut: C'est vrai! Ils viennent...

M. Trudel: Ou réduire leur malheur.

Mme Thibaut: ...et ils ont toutes sortes de problèmes, mais, quand vous décortiquez tout ça, ça fait mal à l'**intérieur**, ils ont mal à leur vie, puis, là, ils s'emplissent de pilules et de tout ce que vous voulez, ils sortent avec des pilules, en tout cas. Alors, quand vous commencez à décortiquer tous ces problèmes-là, quand ils ont réellement un problème de santé que les gens du CLSC ne peuvent pas régler parce que c'est un

problème vraiment médical, vous téléphonez à la clinique et vous dites: Dr Untel, je vous envoie M. Untel. Vous allez le soigner et, si je peux vous aider, là, vous me le direz, on ira faire une visite à domicile et ainsi de suite. Pourquoi ne fait-on pas ce genre de choses? Là, on est après paqueter les CLSC de médecins quand il y en a plein autour. On devrait s'en faire des alliés, travailler avec eux tout le temps et ne pas faire des systèmes parallèles.

Quand on voit des CLSC à l'extérieur... Je me souviens, il y a quelques années, à Forestville, il n'y avait jamais de médecins, mais il y avait des cliniques privées à côté. Mais qu'est-ce qu'on fait? Vous savez, c'est complexe, je n'ai pas les solutions, mais je pense qu'il faut, à un moment donné, le regarder, le problème, et dire: Notre argent va là-dedans aussi? Parce que vous savez que les gens font beaucoup de marchandage d'un médecin à l'autre, surtout les personnes âgées qui ont beaucoup de problèmes. Elles ont trois ou quatre prescriptions de trois ou quatre médecins. Il faudrait qu'il y ait une sorte de cohérence, là-dedans, de vraie complémentarité.

M. Trudel: Je m'excuse, madame avait...

Mme Laizner: Un autre exemple que je peux donner, c'est qu'au CLSC métropolitain, au module de Westmount, il y a un "Nurse Resource Center" qui est complètement géré par des infirmières et le service est donné les lundi, mercredi et vendredi. Elles ont commencé il y a à peu près un an et demi et elles ont énormément augmenté la clientèle qu'elles reçoivent dans leurs locaux, et c'est seulement pour les services infirmiers. Il y a d'autres ressources...

M. Trudel: C'est intéressant, ça.

Mme Laizner: ...professionnelles de santé aussi, dans ce module, mais il n'y a pas de médecins qui rendent service dans ce module, sauf en consultation.

M. Trudel: Dans la remarque globale que vous nous faites sur l'articulation des deux parties du système, vous donnez l'indication très précise que l'un et l'autre... Et je parle surtout de l'un, de tout le système privé, qui est quand même financé par le système public et sans limite.

Mme Thibaudeau: Exactement.

M. Trudel: Alors, là-dessus, je pense que le ministre a bien compris, quant au nombre de fois où on est intervenus ici et où des groupes sont intervenus sur l'articulation privé - public, services de première ligne en particulier, qu'il y a définitivement un pan de la pratique - des pratiques dans les systèmes de santé et des services sociaux - dans le système que nous avons au

Québec, qu'il faut absolument encadrer. Nous sommes allés jusqu'à nous interroger sur la question de l'obtention d'un permis quant à la répartition des effectifs médicaux pour intervenir dans le système de santé et de services sociaux, s'il y avait lieu, au Québec.

Il reste...

Mme Thibaudeau: M. Trudel, est-ce que je peux faire un autre commentaire?

M. Trudel: Bien sûr.

Mme Thibaudeau: Par exemple, dans un CLSC, maintenant, quand, supposons, on a un médecin qui part, ce dont on a besoin, ce n'est pas d'un autre médecin, c'est de deux infirmières de plus pour les soins à domicile, avec tous nos vieux qu'on ne peut pas assez aider. Mais il faut le remplacer par un médecin, parce que bien, ça, ce sont des fonds de la RAMQ. Alors, au conseil d'administration, on se fait dire: Bien non, madame, on ne peut pas engager deux infirmières à la place d'un médecin; la place est pour un médecin, même si ce n'est pas de ça qu'on a absolument besoin.

M. Trudel: Parce que ça vient de l'enveloppe RAMQ; donc, on doit engager sur pratique médicale.

Mme Thibaudeau: Ah! c'est ça. Moi, je pense qu'il faut que ce système-là arrête.

M. Trudel: Il y a tout un pan qui préoccupe énormément là-dedans, et qui sera regardé, y compris la façon dont, je pense, en tout cas, la RAMQ opère actuellement ou devrait opérer. Le temps est extrêmement limité, je ne peux pas me priver de la question quant à une recommandation ou à une remarque que vous faites à la page 5, sur le rôle des CLSC. Vous nous dites, aujourd'hui: Les CLSC ne peuvent remplir entièrement leur mission sans dispenser des services sociaux. À cet égard, il faudrait les pourvoir en ressources pour réaliser cette mission-là. Mais qu'est-ce que vous faites des CSS...

Mme Thibaudeau: Vous savez, c'est parce que je viens de Montréal.

M. Trudel: ...dans le portrait, là?

Mme Thibaudeau: Si je venais de l'extérieur de Montréal, j'aurais moins de problèmes. C'est le problème de Montréal, ça, où les services sociaux n'ont pas été transférés dans les CLSC. Alors, on a énormément de problèmes sociaux, de problèmes qui nous arrivent comme des problèmes de santé, mais qui sont fondamentalement des problèmes sociaux, et là, il faut faire des références, des transferts. Si on avait des

travailleurs sociaux, avec nous, ce serait, il me semble, plus facile à régler. Bien, il y a des gens qui ne sont pas d'accord, mais moi, je pense que ce serait plus facile à régler.

M. Trudel: En vous remerciant, parce que le temps file rapidement, mais en vous disant aussi qu'il y a eu un cadre de partage ailleurs et qu'il y a souvent les mêmes problèmes aussi, même par rapport aux régions qui n'ont pas eu de cadre de partage. Il y a quelque chose, en termes de coordination et de duplication des services, qui est à réviser très rapidement dans cet ensemble-là, pourvu qu'on décide que le CLSC est véritablement le point d'ancrage, la porte d'entrée.

Merci beaucoup de votre contribution. Malheureusement, c'est un peu rapide.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député. En conclusion, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. On va regarder de très près les problèmes reliés à la formation, compte tenu du fait que, comme tout le monde le dit et tout le monde le vit, l'infirmière occupe une place extrêmement importante dans le système. Sur le plan de la législation, je vais regarder, il y a des points que vous avez soulevés qui m'apparaissent suffisamment importants pour que l'on se penche à nouveau sur vos propositions.

Mme Thibodeau: Je veux dire qu'il y a des composantes de l'Université du Québec qui s'en viennent avec des programmes de formation initiale, alors, de grâce, aidez-les.

Le Président (M. Joly): Merci, mesdames. Au nom, disons, des membres de cette commission, je vous remercie pour votre participation. Je demanderais maintenant aux gens représentant l'Association des centres hospitaliers et centres d'accueil privés du Québec de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

Bonjour, messieurs. Bienvenue à cette commission. Alors, vous avez 15 à 20 minutes pour présenter votre mémoire et, après, le temps qu'il nous reste servira à vous poser des questions. Alors, j'apprécierais si la personne responsable pouvait se présenter et aussi introduire les gens qui l'accompagnent.

Association des centres hospitaliers et centres d'accueil privés du Québec inc.

M. Ouellet (Claude): Bonjour, je suis Claude Ouellet, président de l'Association des centres hospitaliers et centres d'accueil privés du Québec. Je vous remercie de nous avoir invités à vous présenter notre mémoire et à venir répondre à vos questions. Nous sommes très contents d'être parmi vous aujourd'hui. Je vous présente

les personnes de notre conseil d'administration qui m'accompagnent: à ma droite, M. Jean Bernard Breault, vice-président; à ma gauche M. Yves Bédard, secrétaire-trésorier; à l'extrême gauche, M. Guy Joly, administrateur, et, à l'extrême droite, M. Jacques Hélie, directeur général de l'Association.

Notre Association représente plus de 100 établissements à travers le Québec, qui opèrent environ 7000 lits et regroupent les différentes vocations, à savoir les centres d'accueil d'hébergement, les centres d'accueil de réadaptation, les centres hospitaliers de longue durée et les centres hospitaliers de courte durée. Nous remercions le gouvernement de nous avoir permis d'être associés aux étapes qui ont permis d'arriver à cet avant-projet de loi. Nous tenons aussi à souligner que nous reconnaissons d'emblée l'importance des différents principes qui ont servi de base au système actuel, comme l'accessibilité universelle, la gratuité des services et l'intégration des services de santé et des services sociaux. Tels que définis dans l'avant-projet de loi, nous trouvons primordial que la nouvelle loi contienne, en plus des objectifs de production de services, des objectifs reliés à la réduction des problèmes de santé et de bien-être.

Les différentes études et consultations nous ont démontré que le réseau connaissait encore certaines difficultés reliées particulièrement à l'absence d'objectifs définis et de priorités à long terme, à l'ambiguïté du rôle de certains partenaires, au manque de communication entre les services de planification et d'allocation de ressources, à l'alourdissement de la clientèle, au manque de ressources, à l'engorgement des urgences, à la démotivation des ressources humaines, à la vétusté, la sécurité et la fonctionnalité du parc immobilier, à la diversification des sources de financement et au développement anarchique du réseau.

L'analyse que nous avons faite du projet de loi a été orientée pour trouver la solution qui correspond le mieux aux besoins des personnes, tout en tenant compte des réalités actuelles et celles à venir. Les différentes ressources concernées, tant publiques que privées, les organismes communautaires et tous les autres intervenants devront encore davantage être ouverts à la participation et au partenariat.

Au niveau de la décentralisation, nous constatons, avec d'autres intervenants, la difficulté de gérer le réseau de façon centralisée. Ainsi, dans les dernières années, le réseau a été développé en fonction d'une réponse à la demande. Quoique notre système de services de santé et de services sociaux se voie qualifier comme l'un des meilleurs au monde, le réseau actuel est aux prises avec des problèmes sérieux. Ainsi, les besoins sont sans cesse grandissants et les coûts reliés aux services sont de plus en plus élevés. Par contre, la capacité de paiement de la population va en diminuant. L'avant-projet de loi

prévoit favoriser la participation de la population à l'instauration, à l'administration et au développement des services socio-sanitaires. Il ne faudrait pas oublier d'indiquer clairement la nécessité d'impliquer la population dans la prévention. On précise également le droit fondamental d'un individu à recevoir des services de santé et des soins adéquats, mais il serait nécessaire que l'on précise davantage les limites en rapport avec les droits de la collectivité et ses capacités de paiement. Le législateur nous indique l'importance d'informer la population de l'existence et de l'utilisation des ressources disponibles afin de maximiser l'utilisation rationnelle de ces services. Il s'agira, ici, de préciser qui aura la responsabilité d'informer les personnes en besoin et de les renseigner sur l'obligation collective et individuelle de se maintenir en santé.

Les régies régionales, telles que proposées dans la loi, succéderaient aux conseils régionaux actuels et, tout en conservant les mêmes pouvoirs et fonctions, elles verraient, cependant, leur rôle élargi. Nous sommes d'accord en ce qui concerne une certaine décentralisation reliée aux programmes et au plan d'organisation, mais nous nous "objectons" à la décentralisation des budgets pour le secteur privé conventionné qui permettrait à la régie, à même les enveloppes budgétaires transmises par le ministre, d'allouer et de contrôler les budgets des établissements. Ainsi, les établissements privés conventionnés doivent donc continuer à être redevables au ministère de l'observance ou de l'inobservance des obligations contenues aux conventions.

Il est évident que nous ne pouvons nous "objecter" à la démocratisation du réseau, à la participation de la population et des intervenants au processus de consultation et de concertation, mais nous préconisons davantage une redéfinition des rôles de tous les intervenants, à savoir le ministère, les instances régionales et les établissements, afin d'éviter toute **ambiguïté**, tout dédoublement et chevauchement. Il y aura lieu, également, de renforcer les structures régionales de consultation et de concertation, permettant ainsi au ministère de considérer les capacités et les besoins régionaux dans l'élaboration des programmes. Par la suite, les instances régionales se verraient mandater pour la réalisation des programmes tant nationaux que régionaux. Elles deviendraient des agents de la couronne provinciale sous le contrôle du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette déconcentration administrative permettrait au ministre et au gouvernement d'assumer leurs responsabilités de maître d'oeuvre du régime.

La réforme des conseils d'administration. Cette proposition oriente le système de santé et des services sociaux dans la direction d'une meilleure intégration des services et favorisera la rationalisation de leur administration. En effet, cette mesure éliminera toute tendance individua-

liste des établissements d'un même territoire, ainsi que la duplication et le dédoublement inutiles des ressources. Cette fusion administrative permettra **une** meilleure équité dans la distribution des services et la complémentarité interétablissements.

(17 h 30)

Au niveau de l'organisation des ressources humaines, étant donné que notre réseau est à 80 % des services dispensés par des ressources humaines et que le développement de services se **fait** en bonne partie par l'addition de ces ressources, il faut donc rendre nos ressources plus efficaces et efficaces, et les agencer de façon plus productive. Il faut donc être innovateurs, créateurs et dynamiques dans un réseau où la gestion des ressources humaines n'a été confinée qu'à la gestion des conventions collectives depuis plusieurs années.

Un nouveau partenariat avec l'entreprise privée. L'avant-projet de loi préconise un nouveau partenariat avec l'entreprise privée pour solutionner les problèmes dus au vieillissement et à l'alourdissement de la clientèle, ainsi qu'au manque de places pour héberger les personnes âgées qui occupent des **lits** de courte durée. Il mise sur des ressources existantes, tels les organismes communautaires, les cabinets privés, les polycliniques, les familles d'accueil, le secteur privé conventionné, et sur un nouveau concept: les résidences agréées pour personnes âgées. Nous sommes heureux de constater que le **gouvernement** mise sur l'entreprenariat du secteur privé et qu'il lui reconnaisse une place plus importante dans le réseau de la santé. Je me permettrai de souligner ici l'excellent travail de nos membres qui ont su répondre aux attentes de la population et du ministère. En effet, ils ont construit dans des temps records des établissements pour permettre, principalement, le **désengorgement** des urgences et également pour répondre aux besoins de la population dans les régions où les services étaient déficients.

La complémentarité. De nouveaux liens devront se tisser entre le réseau privé et public eu égard au processus continu de complémentarité dans la distribution des services à la clientèle. La véritable concertation se fera au sein des instances régionales et devra permettre la reconnaissance des différences tout en tenant compte des similitudes.

Des différences. À la base, les deux réseaux devront respecter mutuellement leurs différences, comme la forme de budgétisation du réseau privé conventionné avec ses règles budgétaires spécifiques, l'autonomie de gestion puisque la responsabilité financière des propriétaires y est directement reliée; les propriétaires possèdent les équipements, ainsi que les installations et ont fait des investissements très importants au fil des années. Nous demandons donc au législateur d'être vigilant dans le libellé des articles de loi afin que les modalités de financement du secteur

privé conventionné soient respectées dans leur globalité.

Des similitudes. Quand on préconise de nouvelles avenues, il importe de s'assurer que les objectifs de qualité de soins, d'accessibilité aux ressources continuent d'être une préoccupation constante dans notre système de santé. Ainsi, la loi devrait également prévoir des similitudes au niveau du processus d'admission des clientèles, des évaluations des clientèles et du contrôle de la qualité.

Le processus d'admission des clientèles. D'une ressource à l'autre, il ne faudrait pas y retrouver le même type de clientèle. Prenons l'exemple d'une personne qui nécessite entre 3 et 3,5 heures/soins et nous serons davantage en mesure de faire la démonstration du chevauchement de clientèle qui existe actuellement. Dans la panoplie de ressources, nous pouvons tout aussi bien retrouver cette personne à domicile avec le programme **SIMAD**, le service intensif de maintien à domicile, en famille d'accueil accréditée par le CSSS, en pavillon rattaché au centre d'accueil public, en résidence sans permis, en centre d'accueil autofinancé, en centre d'accueil privé conventionné et en centre hospitalier de soins de longue durée privé conventionné ou public.

Lorsqu'on alloue des sommes considérables pour maintenir à domicile une personne en perte importante d'autonomie, ne serait-ce pas au détriment d'une clientèle plus légère qui, ne recevant pas les services, doit alors recourir à l'hospitalisation? N'y a-t-il pas lieu de se questionner aussi quant au **fait** que des personnes nécessitant plus de 2,5 heures/soins se retrouvent dans des ressources comme des familles d'accueil, des pavillons ou des résidences sans permis, alors que ces ressources ne possèdent pas l'infrastructure suffisante pour fournir les soins requis?

Si l'on part d'une réalité nouvelle, il faudrait s'assurer que la clientèle en perte importante d'autonomie se retrouve dans les établissements d'hébergement et de soins de longue durée, puisque ceux-ci possèdent l'infrastructure clinique et thérapeutique suffisante pour la dispensation des soins et des services. Bref, la bonne clientèle à la bonne place. Ce qui revient à dire que, d'une place à l'autre, nous devrions retrouver des types de clientèle différente.

Pour ce faire, nous proposons qu'un plafond heures/soins soit retenu. Ainsi, par exemple, dans les CLSC, familles d'accueil ou pavillons, un bénéficiaire nécessitant plus de 2 heures/soins serait référé au programme régional d'admission. Nous proposons que, dans les résidences agréées, des allocations financières suivant la nature des services offerts soient attribuées pour des bénéficiaires ne nécessitant pas plus de 2,5 heures/soins. S'il n'y a pas de limite, quel serait l'incitatif pour le promoteur de travailler à

garder l'autonomie du bénéficiaire puisque plus **celui-ci** serait en perte d'autonomie, plus la subvention augmenterait? En parallèle, on retrouve le même problème, entre autres, avec la clientèle handicapée intellectuellement. Des personnes lourdement handicapées, soit sur le plan du comportement et/ou au niveau fonctionnel, se retrouvent dans des ressources inadéquates, car celles-ci ne possèdent ni le personnel spécialisé, ni l'infrastructure suffisante pour fournir les soins requis.

L'évaluation de la clientèle. D'une ressource à l'autre, on doit évaluer de la même façon. Afin d'établir la concordance entre les différents types de clientèle recevant des services du réseau et en vue d'assurer la continuité dans le plan de services, il est essentiel d'utiliser la même grille d'évaluation, ce qui permettra d'avoir un langage commun et aussi d'orienter le bénéficiaire vers la ressource la plus appropriée pour répondre à ses besoins.

Du contrôle de la qualité. On doit aussi s'assurer d'un contrôle de la qualité, car l'ensemble des ressources du réseau tant publiques que privées devraient avoir l'obligation de se conformer à des normes précises et à des critères d'assurance et de contrôle de la qualité.

Nous vous soumettons ces commentaires puisque, à la lecture de l'avant-projet de loi, nous n'avons pas l'assurance que toutes ces nuances ont été considérées. Nous tenons aussi à attirer la vigilance du gouvernement. La mise sur pied rapide de nouveaux lits ne réussira pas à combler tous les besoins. D'autres prises de décisions importantes doivent être mises de l'avant simultanément, eu égard aux problèmes de sécurité, de vétusté et de fonctionnalité des établissements existants. D'autres mesures, telles les relocalisations d'établissements et les rénovations majeures, devront être envisagées pour répondre à la clientèle lourde. Nous croyons que chaque type de ressources a ses limites et que, nonobstant les autres mesures précédemment énumérées, les établissements d'hébergement et de soins de longue durée continueront, grâce à leur infrastructure et à l'expertise développée, au fil des années, à être les seules alternatives valables pour répondre à la clientèle en perte importante d'autonomie.

Nous vous remercions de votre attention et nous espérons que vous considérerez nos propos. Maintenant, les membres du conseil d'administration et le directeur général sont disponibles, si vous le désirez, pour répondre à vos questions.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Ouellet. M. le ministre, sP vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Merci. 7000 lits, c'est très important, quand on pense que notre objectif, s'il n'est pas révisé, pour être capables de prendre le tournant au début de l'an 2000, c'est 5000 lits additionnels. C'est pour vous

donner toute l'importance de votre présence, en terme de lits.

On a entendu plusieurs intervenants, durant la commission parlementaire, venir nous dire craindre, de manière très importante, que le gouvernement du Québec glisse dans la privatisation ou aille dans la solution du privé. J'ai bien compris que, là, on avait affaire à des gens du privé conventionné par rapport au public. Qu'est-ce qu'on doit craindre des établissements privés conventionnés par rapport au public?

M. Breault (Jean Bernard): Je pense que, déjà, le gouvernement s'est assuré des garanties. Je ne pense pas qu'il y ait de crainte à avoir au niveau des établissements privés conventionnés. Le ministère s'est déjà assuré des garanties. Quand on pense à la composante clinique, qui est une composante fermée pour que les heures et les soins directs aux bénéficiaires ne soient pas affectés, je pense que ça, c'est une chose dont le ministère s'est assuré. On parlait aussi, dans notre mémoire, des problèmes de qualité ou du contrôle de la qualité. Nos établissements n'ont pas peur du contrôle de la qualité, ça s'est déjà fait dans le passé, on a les mêmes normes que le secteur public, alors ça ne pose pas de difficulté. On pense que ça devrait être augmenté, mais ça existe déjà. Donc, les garanties sont déjà présentes. Par ailleurs, il y a peut-être des avantages dans le secteur public, dans certains cas, mais, dans le secteur privé, il y a des avantages: rapidité de gestion, **imputabilité** des administrateurs, ce genre de choses là. Je pense qu'il n'y a pas de danger dans le réseau privé conventionné. Les dangers, vous les avez déjà contrôlés, je pense.

M. Ouellet: Lorsqu'on parle aussi d'augmenter le contrôle de la qualité, on faisait référence surtout aux ressources déjà existantes. À notre sens, on est bien certains que ça prendrait encore plus de contrôle de la qualité pour éviter des abus ou pour s'assurer que les services soient bien dispensés. C'était dans ce sens qu'on les amenait.

M. Côté (Charlesbourg): Si c'est vrai dans le privé, c'est aussi vrai dans le public. Ce n'est pas exclusif au privé. Le contrôle de la qualité, il faut qu'il se fasse partout. Donc, les craintes ne doivent pas être sur la qualité des soins cliniques dispensés aux personnes. C'est ce que vous nous dites.

M. Ouellet: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Qu'est-ce qui fait que le privé que vous êtes réussirait à produire la même qualité de services aux bénéficiaires? Parce que notre objectif est d'abord le bénéficiaire, une bonne qualité de soins dans des établissements bien gérés, bien fonctionnels.

Qu'est-ce qui fait qu'il en coûterait moins cher d'aller vers du privé conventionné que vers du public? Ce n'est certainement pas uniquement le niveau de taux d'encadrement.

Je vais vous le poser d'une autre manière. Tantôt, on va se **faire** dire: Tant qu'à aller au privé, si ça coûte le même prix qu'au **public**, restez publics, pour la même qualité de soins. D'après ce que je comprends, l'intérêt d'aller dans certains centres privés conventionnés, c'est que pour l'État ça coûte moins cher. Qu'est-ce qui fait que ça coûte moins cher dans les privés conventionnés par rapport au public?

M. Breault: Il est certain que vous avez, d'abord, des domaines où c'est restreint; la composante clinique, je le disais tantôt, est une composante fermée, compte à compte avec le ministère. Par ailleurs, dans les autres composantes, le promoteur a tout intérêt à être performant au maximum. Cette performance, en autant que le contrôle de la qualité est présent, permet d'arriver à un meilleur coût. C'est notre intérêt le premier. On est imputables. À la fin de l'année, on ne peut pas faire de déficit, c'est impossible. Ça ne s'est jamais vu, dans le privé, faire des déficits, alors que peut-être ça s'est vu dans d'autres secteurs. Chez nous, c'est impossible. Logiquement, c'est impossible. Il n'y a pas un banquier qui va accepter ça. Évidemment, on a un incitatif qui est très différent de celui du secteur public. Ça, c'est un des éléments.

Le deuxième élément, c'est la rapidité de décision. Je pense que la preuve a été faite dans les projets de construction, qu'on a réussi, dans des délais très rapides, à réaliser la même chose que le secteur public, d'une part. D'autre part, avec de l'argent en provenance du secteur privé, l'argent pour la composante immobilière, l'argent pour la composante mobilière, mobilier et bâtisses nous appartient. Ce sont là des avantages que nous voyons.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, je pense que l'expérience récente prouve qu'effectivement - j'en ai un chez nous - le privé a été capable de se virer de bord plus vite et de produire des lits beaucoup plus rapidement que le secteur public pouvait le faire, avec toutes nos règles. Évidemment, vous n'êtes pas perdants non plus, à ce niveau, compte tenu des ententes qu'il y a au bout de la ligne. Je pense qu'il y a des avantages pour les deux. Je ne connais pas un homme d'affaires qui va investir dans l'immobilier pour ne pas faire de l'argent. On se comprend là-dessus, mais la rapidité est là, le clinique étant garanti.

Ce serait quoi, votre réaction demain matin si, quant à la création de nouvelles places pour héberger les personnes âgées à partir d'un bilan lits, au niveau des régions, au niveau des sous-régions, on décidait de reconnaître à une personne qui a besoin de 2 heures/soins ou 2,5

heures/ soins ou de 3 heures/soins par jour l'allocation pour ses besoins cliniques, disant à la personne: Avec votre argent, vous allez vous occuper de votre hébergement, dans le sens global, lit et nourriture? Ce serait la personne qui pourrait faire le marchandage de l'endroit qu'elle voudrait occuper dans le privé, qui devient par ce fait même, au niveau de la composante clinique, conventionné. Ce serait quoi, votre **réaction** face à un programme comme **celui-là**? Pensez-vous que ça aurait des chances de réussir?

(17 h 45)

M. Ouellet: Peut-être. Rapidement, je crois que, dans les centres d'accueil d'hébergement, tel qu'on les connaît, ou les centres hospitaliers de soins de longue durée, ce serait difficile d'appliquer cette règle, à moins que ce soit très bien défini et structuré. Par contre, au niveau des ressources beaucoup plus légères, au niveau probablement des services que donnent les CLSC ou les différentes **résidences**, chambres et pension et autres, peut-être qu'une solution pourrait être à ce moment-là viable dans le contexte actuel. Mais il faut toujours bien définir et circonscrire les besoins et les objectifs qu'on vise à ce moment-là parce qu'on fait affaire aussi avec des personnes âgées qui ont souvent de la difficulté. Ça va bien lorsqu'elles peuvent bien gérer, qu'elles comprennent bien leurs choses. Souvent, de toute façon, elles restent à la maison. Mais, lorsqu'elles commencent à avoir besoin de services un peu plus importants, bon, là, vous avez des problèmes de sénilité et tous les autres problèmes reliés à la personne âgée, je crois que ça pourrait **peut-être** les insécuriser à ce moment-là, une formule comme ça. Mais il s'agirait de voir.

Le Président (M. Joly): M. Bédard.

M. Bédard (Yves): Je pense que, dans la pratique, ce n'est pas si simple que ça. On le voit dans le domaine des résidences pour personnes âgées, qui vendent une gamme de services, les personnes âgées, en fin du compte, achètent un programme de services et, dans la pratique, ce n'est pas toujours ça qui se passe. Et la vulnérabilité des personnes âgées face à la situation fait qu'elles acceptent des choses, et elles se réveillent au bout de la ligne et elles n'ont pas le service. Il faudrait avoir un système de contrôle très adéquat, ce qui n'est pas facile à mettre sur pied comme tel. La suggestion qui est véhiculée dans l'avant-projet concernant les établissements d'hébergement agréés comme tels est une formule de per diem alloué à la personne, qui serait valable dans les établissements autofinancés jusqu'à un maximum de soins et aussi dans les établissements qui pourraient éventuellement détenir un type de permis, qui sont des maisons de chambres et pension d'une certaine capacité et d'une certaine qualité comme

telle. Il y a trop, effectivement, dans le système actuel, d'établissements qui ne sont pas contrôlés et c'est là que sont réellement les abus. Je pense que ce n'est pas dans ceux qui sont contrôlés **qu'il** y a des abus, mais c'est plus dans ceux qui ne sont pas contrôlés.

M. Côté (Charlesbourg): J'aimerais un peu plus de précisions là-dessus. Est-ce que vous parlez des maisons privées, des foyers qu'on appelle des foyers clandestins et qui opèrent?

M. Bédard: Il y a cette catégorie-là, mais il y a aussi toute la catégorie de permis qui sont émis par les municipalités au niveau des chambres et pension. Et, quand la personne entre dans ces **établissements-là**, vous vous retrouvez avec des gens qui sont **supposément** autonomes, mais dont la perte d'autonomie se fait **graduellement**. Et, lorsque vient le temps, ils se donnent des services qui sont toujours sur la ligne. Est-ce qu'ils sont légaux ou s'ils ne sont pas légaux? Il y a des infirmières dans la place qui sont là pour surveiller, supposément. Est-ce qu'il se donne des services. Il y a tout le système qui se fait par des agences extérieures de compagnies privées qui viennent donner des services de soins dans des établissements qui ne détiennent même pas de permis d'autofinancés. Ça existe, ça, dans la réalité.

M. Côté (Charlesbourg): C'est vrai dans des petites unités, mais c'est vrai aussi dans des grands projets qui se sont cassé la gueule. On en a à Cap-Rouge là.

M. Bédard: Non. Je vous **parte** de grands projets. Je pourrais vous en citer.

M. Côté (Charlesbourg): Je veux venir à un point important que vous soulevez dans le mémoire, compte tenu du peu de temps qu'on a, aux pages 13 et suivantes, sur le processus d'admission des clientèles. Vous dites à la page 14: "Si l'on part d'une réalité nouvelle, il faudrait s'assurer que la clientèle en perte importante d'autonomie se retrouve dans les établissements d'hébergement et de soins de longue durée puisque ceux-ci possèdent l'infrastructure clinique et thérapeutique pour la dispensation des soins et des services." Je ne sais pas si j'ai **bien** compris, **mais**, dans les pages précédentes, vous semblez nous dire qu'il y aurait des cas très lourds dans les familles d'accueil, dans les pavillons qui nécessiteraient 2 heures et 2,5 heures/soins. Et **là-dessus**, je m'interroge parce que... En tout cas, je suis mal informé si c'est le cas. Évidemment, l'autre question que ça pose, ce n'est pas nécessairement parce qu'il y a 2 heures ou 2,5 heures/soins qu'ils doivent nécessairement et obligatoirement, je pense, être dans un centre d'accueil privé conventionné ou un centre d'accueil

public. Ce n'est pas nécessairement basé sur le nombre d'heures/soins. Je pense que c'est au bénéficiaire d'abord qu'il faut penser. Il y a de ces gens-là qui vont souhaiter ou vouloir demeurer à domicile et qu'il faut, par conséquent, supporter.

Le Président (M. Joly): M. Breault. Oh, excusez.

M. Côté (Charlesbourg): D'après vous, quels sont les critères par ordre d'importance qui font qu'on peut faire du placement ou qu'on va décider qu'on fera du placement avec des personnes en perte d'autonomie?

Le Président (M. Joly): M. Breault.

M. Breault: Il y a, évidemment, des critères d'heures/soins, qui sont des critères simplistes, je suis d'accord avec vous, si on les prend simplement en termes de chiffres. Il peut y avoir effectivement d'autres critères. Mais, effectivement - et c'est une des explications de l'alourdissement des clientèles en centres d'accueil, il ne faut pas se le cacher - il y a des clientèles qui ont été maintenues indûment dans des ressources qui ne **pouvaient** offrir les services, de telle sorte que, lorsqu'elles sont entrées en centres d'accueil, là, il était trop tard pour contrôler le bénéficiaire. Parce que l'alourdissement, c'est quelque chose de progressif, ce n'est pas quelque chose de soudain. Quand on a des programmes adéquats, on peut retarder ou repousser l'alourdissement. Alors, ça, c'est encore un fait aujourd'hui.

On ne prétend pas qu'il ne doit pas y avoir des clientèles d'une certaine lourdeur. On ne peut pas couper simplement par les heures. Le critère des heures n'est pas le seul. Mais il y a des facteurs et les comités d'admission, dans ce sens-là, peuvent les juger, sauf que tout le monde devrait être sur le comité d'admission... C'est une des faiblesses, actuellement, du système: tout le monde n'y est pas. Et ce qu'on dit, c'est que, s'il y a de nouvelles ressources de développées, elles devraient faire partie du comité d'admission. Et c'est à ce moment-là qu'on doit juger de la pertinence, parce que, effectivement, il pourrait y avoir un cas de 2 heures/soins qui, compte tenu de la particularité de ses besoins, dans ces 2 heures/soins, pourrait avoir des services raisonnables en famille d'accueil. Il faut que les familles d'accueil soient assises à la même table que les gens qui jugent du cas qui va aller en centre hospitalier ou en maintien à domicile. Les gens de maintien à domicile ne sont pas non plus à la table des comités d'admission. Si ces gens-là étaient tous à la même table et qu'on jugeait tous les cas, on pourrait déterminer: celui-là, c'est un cas qui devrait recevoir des services chez vous; celui-ci, c'est un cas où je pourrais donner de meilleurs

services pour telle ou telle raison. Alors, je pense que c'est plus de réunir tout le monde. Ça s'est déjà fait, dans le passé, ça a été une grosse amélioration. Lorsque les centres d'accueil d'hébergement, les centres hospitaliers de soins de longue durée se sont réunis, il y a eu beaucoup d'amélioration dans le balancement des clientèles versus ces deux **catégories**.

iii. Côté (Charlesbourg): C'est plus clair. Vous avez parfaitement raison. Il faut qu'il y ait un lien avec la chaîne, en partant des familles d'accueil en montant vers le haut. Ça me paraît évident et c'est une très bonne suggestion. Ça **devrait** déjà être fait. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. M. le leader de l'Opposition officielle.

M. Chevette: M. le Président, je ne sais pas si je devrais questionner ou si je devrais affirmer des choses. Je pense que je vais commencer par affirmer, puis, après ça, je questionnerai **peut-être**. Parce que 7000 lits au niveau des centres d'accueil, c'est quelque chose. À moins que je sois mal informé, en plus de ça, il y a 4000 autres lits qui ne relèvent pas de votre organisme, qui relèvent des autofinancés. Ça veut donc dire qu'il y a 11 000 lits en centres d'accueil, au niveau du secteur privé. À mon point de vue, en tout cas, je vais commencer par traiter des conventionnés, parce que les autres ne sont pas ici. Je formulerai un voeu à la fin.

Au niveau des conventionnés, ils font déjà partie du bureau d'admission des patients. Dans bien des cas, en tout cas, j'ai appris, par le passé - et c'est à votre honneur, Messieurs - que, quand on a besoin de quelque chose vite, on s'adresse au secteur privé. Là, ils sont beaux, ils sont fins, dans six mois, ils vont nous bâtir 140 lits, ça, ce n'est pas grave, puis c'est vrai, d'aussi bonne qualité, en passant, que le secteur public. Puis, les performances dans le privé, comme dans la construction, ça dépasse la société d'hébergement du Québec par à peu près 40 coudées. Et la société d'hébergement serait assise à votre place et je dirais exactement ce que je viens de dire.

M. Côté (Charlesbourg): Je prends des notes.

M. Chevette: Oui, prenez-en, puis dans votre calepin vert, s'il vous plaît!

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas nécessaire que ce soit là.

M. Chevette: Donc, moi, j'ai vécu l'expérience aussi...

M. Côté (Charlesbourg): De ce que je comprends, c'est que ça a toujours été.

M. Chevette: Oui.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: **Oui**, mais ça m'a toujours fatigué, puis je n'ai pas honte de le dire et je le dis avec encore plus de conviction aujourd'hui, parce qu'on a des exemples, dans certains milieux, où c'est le secteur privé, par exemple, **qui** a dépanné des centres hospitaliers parce que le centre hospitalier était en réparation. S'il n'y avait pas eu le privé pour le dépanner, ça aurait été épouvantable. Donc, le secteur privé conventionné, là, je pense que l'argumentation qui était contre, c'était l'argumentation du "cheap labor". Mais dès qu'il hérite de la convention du secteur public, c'est drôle comme on n'entend plus parler de ça par aucune centrale syndicale. Parce que vous **êtes** subventionnés en fonction, précisément, des nouvelles conventions collectives qui sont octroyées au niveau national. Donc, ça ne tient plus, l'argument du "cheap labor", pas du tout. Et ça a l'avantage de répondre rapidement à des besoins de la population. Ça, moi, je le dis bien honnêtement, **puis** je suis prêt à soutenir ça devant les centrales syndicales. Et ils ne chialent pas ordinairement quand c'est à ce niveau-là, quand ils écopent exactement des mêmes sentences, des mêmes conventions collectives. Donc, à mon point de vue, ça se défend et ça se soutient.

Ce qui ne suit pas automatiquement, c'est l'alourdissement, par exemple. Le ministre posait la question: Pourquoi ça coûte moins cher? J'en connais un bout, moi, de la réponse: C'est que tu n'as pas un D.G. ici, un adjoint pour ça, un adjoint pour ça, un adjoint pour ça. Si ça prend une porte, c'est aussi bien le directeur général, dans le conventionné comme dans le privé, qui la pose. Ils ne sont pas deux pour décider de la place du cadre: un pour venir le poser, puis l'autre pour tenir le marteau. Ça fait que ça coûte un peu moins cher. La structure est un peu plus souple, effectivement, puis ils réussissent à travailler. Sur le plan familial, je l'ai vu aussi, c'est une histoire, bien souvent, où le fils, la fille, la femme dépannent et remplacent les malades. Automatiquement, ça fait qu'il y a des coûts de moins, effectivement. Ça, il ne faut pas avoir peur de le dire, c'est la réalité. Je ne vois pas pourquoi vous n'avez pas répondu avec spontanéité - c'est un reproche que je vous fais - au ministre quand il a posé la question. Je **lui** aurais dit, moi. **Il** n'y a pas de honte à se vanter. Si vous attendez que les autres vous vantent, vous allez attendre longtemps en maudit.

Donc, pour cette **partie-là**, je ne vois pas pourquoi ce ne serait pas la recette pour aller rapidement. Le ministre m'a répondu en Chambre, à l'étude des crédits, il y a à peu près deux **mois** - peut-être trois, je ne le sais pas, peu importe le délai - qu'il y avait 350 nouvelles

places en centres d'accueil depuis quatre ou cinq ans, trois ans ou quatre ans, je ne le sais pas, peu importe. Mais 350 places, avec l'accroissement du vieillissement de la population, si on n'en fait pas dans le public, ils vont aller où? Est-ce qu'ils vont aller seulement dans les chambres et pension? Chambres et pension, ils vont les garder jusqu'à tant qu'ils soient trop lourds; après ça, ils vont aller dans les corridors d'hôpital. Puis, s'il n'y a pas de centre d'accueil, que ce soit privé autofinancé ou privé conventionné, ils vont déborder dans les lits de soins aigus, puis on va se retrouver dans un cul-de-sac. On ne règle jamais le problème.

Je pense qu'il faut, vis-à-vis de la population âgée, répondre à des besoins. Et il y a un groupe qui manque, malheureusement, d'après ce que j'ai pu voir, il n'est pas dans la liste que vous m'avez envoyée comme propositions jusqu'au 11 avril: c'est le privé privé. Bien, il y a une association qu'on a reconnue qui regroupe 4000 lits et elle n'est pas là. C'est le groupe de Sherbrooke qui est venu, un groupe dissident. Je vous dirai quel groupe. S'il veut bien venir, je vais vous suggérer qu'on le reçoive, pour véritablement voir quel apport il peut donner.

Mais le jour où on vous conventionne - c'est là ma question, la seule question que j'aurai; **peut-être** que mon collègue en aura - où on vous reconnaît des lits conventionnés, est-ce que vous **auriez** les mêmes réticences que celles que vous avez mises dans votre mémoire vis-à-vis de votre participation au plan régional, à supposer que le ministère se décentralise en région, pas se déconcentre, se décentralise? Si les sommes d'argent partent du national et s'en vont en région et que vous êtes reconnus avec des permis comme centres d'accueil conventionnés, est-ce que vous garderiez les mêmes réticences vis-à-vis de la régie? Parce que je m'aperçois que vous avez beaucoup de réticences. Vous êtes habitués à négocier directement les per diem avec le ministère, ça ne va pas trop vite. Ça avait commencé en 1984, je ne suis pas sûr que ce soit fini. C'est-u fini?

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, si ce n'est pas fini, il y en a un maudit bout de fait.

M. Chevette: C'est comme rien, un maudit bout, dans quatre ans, il faut qu'il soit assez long; autrement, ça aurait l'air fou.

Est-ce que vous auriez les mêmes réticences que dans votre mémoire?

M. Ouellet: D'abord, je vais vous dire que je suis content de voir que vous avez déjà fait affaire avec le privé, ça paraît que vous connaissez ça. Effectivement, ça a des avantages. Bien souvent, les gens, lorsqu'ils ont eu affaire avec l'entreprise privée, soit au niveau des privés conventionnés, ont beaucoup moins peur, à ce moment-là, savent le reconnaître et l'ap-

précier à sa juste valeur. C'est souvent la méconnaissance de ce secteur qui peut nous nuire ou qui peut avoir toutes sortes d'images qui ne sont pas intéressantes pour nous.

(18 heures)

Au niveau de votre question, en fait, nous nous "objectons", comme on vous l'a dit, à une décentralisation au niveau des programmes; en soi, au niveau des plans d'organisation, il n'y a pas de problème. Déjà, même actuellement, les CRSSS ont cette espèce de compétence, de mandat; ils peuvent peut-être davantage l'exercer, puis ça va correspondre à ce qu'on leur demanderait au niveau de l'avant-projet de loi. Par contre, au niveau des budgets, pour nous autres, ça devient très difficile et même difficilement acceptable, parce qu'à ce moment-là, compte tenu que nos établissements se retrouvent dans l'ensemble du Québec, il faudrait que chaque établissement, à un moment donné, puisse négocier avec chacun des CRSSS. Pour nous autres, on pense que sur le plan de l'équité de nos membres, à un moment donné, ça pourrait jouer. Parce qu'il s'agirait que... Et ça, on le vit déjà actuellement, à un certain niveau, où il y a des CRSSS, des conseils régionaux, qui nous demandent de fournir un petit peu d'argent pour ci, un petit peu d'argent pour ça...

M. Chevette: Je vous arrête 30 secondes.

M. Ouellet: Oui.

M. Chevette: Ça pourrait être la conférence des CRSSS aussi qui veut uniformiser. On sait très bien quand on décentralise, il y a toujours... Ça n'empêche pas une concertation au niveau d'une certaine tarification, par exemple. Je n'ai pas l'impression que, parce qu'on va décentraliser, l'acte médical, la visite médicale va avoir une tarification différente de Lanaudière à - je ne sais pas, moi - l'Abitibi. Donc, pourquoi le per diem dans un centre d'accueil de Lanaudière ne serait-il pas le même qu'en Abitibi, mais qu'il y ait cette complémentarité entre les centres d'accueil conventionnés, puis les centres d'accueil publics et les centres de santé de la région? Ce n'est pas plutôt une barrière psychologique que vous faites, qui pourrait être facilement abolie le jour où on dit: Oui, mais il y aura une table nationale par exemple, qu'on pourra appeler la conférence des régions, qui négociera avec la conférence des centres d'accueil autofinancés ou les centres d'accueil conventionnés, puis il y aura une tarification.

M. Ouellet: Ce n'est quand même pas aussi simple que ça. Quand vous parlez de complémentarité, je pense qu'actuellement il n'y a pas de problème et on essaie d'être, dans chacune des régions, très complémentaires et très présents, soit au niveau des commissions administratives

et, si possible, au niveau des conseils d'administration, des conseils régionaux. À ce niveau-là, il n'y a pas de problème. Mais, quand on parle de budget, c'est toujours là le problème parce que les gens ne connaissent pas, au niveau des conseils régionaux, le fonctionnement des budgets. Et, à ce moment-là, pour nous autres, ça peut être un inconvénient majeur. Et ça, c'est l'expérience qui nous fait dire ça. Si vous remarquez, au niveau du ministère, ils ont fait des changements dernièrement, ils ont créé une direction au niveau...

Le Président (M. Joly): Excusez, M. Ouellet, juste un petit instant.

M. Ouellet: O.K.

Le Président (M. Joly): M. le ministre voudrait...

M. Côté (Charlesbourg): Comme on dépasse 18 heures, j'ai un rendez-vous extrêmement important. Je veux vous remercier de vous être présentés; ça ne vous empêche pas de continuer avec M. Chevette, puisque je suis très heureux de la reconnaissance et de la place que peut occuper le conventionné privé, je pense que c'est une des solutions qu'on aura dans l'avenir.

M. Ouellet: On vous remercie beaucoup.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre.

M. Ouellet: Je disais qu'au niveau du ministère, dernièrement, on vient de créer une direction qui ne va s'occuper que du secteur privé parce que avant c'était différents agents de liaison autant du privé que du public et ça a créé beaucoup de problème. Les agents de liaison **connaissent** mal le secteur privé et, à ce moment-là, on rendait toutes sortes de décisions qui pouvaient être préjudiciables à l'établissement. Si on fait ça au niveau du ministère, demander à tous les conseils régionaux d'avoir la compétence d'analyser, de connaître les budgets et de connaître aussi les impacts, il me semble que, pour nous, ce serait une grosse affaire.

Le Président (M. Joly): M. Hélie.

M. Hélie (Jacques): Pour répondre à votre question, également, sur la centralisation ou de la décentralisation au niveau des instances régionales, peu importe le nom qu'on leur donnera, on n'a qu'à se référer actuellement aux budgets d'alourdissement qui sont envoyés dans **les conseils régionaux et, à cause du fait que les règles du jeu pour le privé conventionné** sont différentes, entre autres au niveau de la composante clinique... On vous disait tantôt que, dans nos établissements, la composante clinique

est une composante ouverte. On fait du compte à compte avec le ministère de sorte qu'il n'y a aucun profit qui peut être généré là, il n'y a aucun avantage si ce n'est que d'utiliser les heures/soins qui sont attribuées à l'établissement pour donner à la clientèle un service de qualité. Quand on arrive au niveau de la distribution des budgets d'alourdissement, compte tenu de nos règles, les centres régionaux nous attribuent des heures et, à ce moment-là, attribuent des montants d'argent aux établissements publics. Pour faire une véritable **décentralisation**, il faut que tes règles du jeu soient les mêmes pour tout le monde. Et, d'ailleurs, je pense que, si on regarde les privés conventionnés au niveau des heures/cliniques et de la façon de contrôler ces heures-là, vous n'avez jamais entendu parler, parce que ça ne donne absolument rien à l'établissement, d'arrêter momentanément les services, comme on dit, de fermer des lits pour arriver à équilibrer un budget ou à dégager des profits, non. Non, on fonctionne à 100 %, 365 jours par année. Tant et aussi longtemps que les règles du jeu seront différentes, je pense qu'il va falloir maintenir un système, en ce qui nous concerne, centralisé. La journée où les règles du jeu seront comparables, à ce moment-là, on pourra penser, effectivement, à faire de la décentralisation. C'est un peu la raison pour laquelle on propose la déconcentration administrative. À ce moment-là, c'est plus facile d'avoir deux règles pour deux types d'établissements différents.

M. Chevette: Ça serait intéressant de poursuivre...

Le Président (M. Joly): Une dernière remarque ajoutée par M. Bédard, je crois.

M. Bédard: Oui, je voulais simplement préciser que l'observation de M. Chevette à l'effet qu'on pourrait donner un per diem identique, peu importe la région, ce n'est pas ce qui se passe actuellement. Le budget, excluant la composante clinique, est évalué en tenant compte des autres services qui sont distribués dans l'établissement, de la grosseur de l'établissement et de la fonctionnalité. La faisabilité de ce que vous proposez n'est plus applicable dans le contexte des relocalisés actuellement et même les relocalisés actuellement, qui sont d'un type de 64, 96, **128** ou 160 et 175 lits, n'ont pas le même per diem de composante fonctionnement parce qu'il y a des économies d'échelle de grandeur qui se font. Je pense qu'avec la complexité de notre système il n'est pas si simple que ça de mettre plusieurs intervenants de différentes régions.

M. Chevette: Je sais ça, mon cher monsieur. Je sais qu'on est très raffinés. Mais il y a des choses de base qui ne mentent pas. Les heures ou les jours/soins, c'est une évaluation qu'on peut faire faire, mais, à partir de là, s'ils

veulent raffiner jusqu'à la différence entre ce qu'on peut "sauver" à 496 par rapport à 164, 132, comme vous voulez... Je sais que c'est très raffiné et très sophistiqué. Ça, je sais ça. C'est comme c'était dans les hôpitaux avec la méthode du RMBB. Personne ne comprenait, même pas ceux qui la faisaient appliquer. Ceci dit...

Le Président (M. Joly): Très brièvement, M. le leader.

M. Chevette: Oui, j'ai une question.

M. Bédard: Non, ça va.

M. Chevette: Je suppose que vous avez quand même, pour certains d'entre vous, une partie d'autofinancés dans vos lits ou si, dans votre association, vous avez seulement des lits conventionnés, ou si certains de vous qui êtes propriétaires de certains centres d'accueil, vous avez aussi des lits autofinancés, pour une partie, et conventionnés, pour l'autre partie. Est-ce que vous en avez passablement? Et si oui, qu'arrive-t-il lorsque votre autofinancé - ce peut être une femme ou un homme - qui n'a, par exemple, que sa pension de vieillesse, point final, exige 3 ou 4 heures/soins et que vous n'arrivez plus? Qu'est-ce que vous faites avec? Dans l'autofinancé, j'ai bien dit, dans la partie autofinancée.

M. Bédard: Actuellement, très peu de nos membres ont des combinaisons de permis conventionnés privés et conventionnés...

M. Chevette: Est-ce que vous n'avez pas quatre affiliés ou associés?

M. Bédard: Pardon?

M. Chevette: Vous en avez quatre qui relèvent de l'autofinancé?

M. Bédard: Oui, très peu, je dis, de nos membres ont cette combinaison-là de privé conventionné et de permis d'autofinancé. Habituellement, ce que nous savons, c'est que dans le secteur autofinancé, ce sont des cas plus légers comme tels. Le processus habituel qui est supposé être suivi, c'est que, lorsque la personne s'alourdit et qu'elle aurait besoin d'être placée en centre d'accueil, elle doit **être** intégrée dans le système d'admission sous-régional, pour passer dans le même système que ceux qui sont dans les maisons de chambres et pension, actuellement.

M. Chevette: Et si elle est trop malade, elle s'en va à l'urgence.

M. Bédard: Voilà. On n'a pas le choix.

Le Président (M. Joly): Merci.

M. Chevette: Merci. M. le Président, je formule le voeu que le ministre convoque les propriétaires d'autofinancés, qui font partie des centres d'accueil autofinancés du Québec, pas le groupe de l'Estrie, l'autre, qui regroupe 4000 lits. Je vous donnerai exactement les coordonnées de tout ça.

Le Président (M. Joly): Oui, les coordonnées que je me permettrai de transmettre via Mme la secrétaire.

Merci, M. le leader, merci, messieurs. Maintenant, nous allons ajourner nos travaux à demain, le jeudi 22 mars, à 10 heures, dans la même salle. Merci.

(Fin de la séance à 18 h 10)